

**EVALUACIÓN DEL CONTROL PRENATAL EN LA IPS COMFAMILIAR HUILA
NEIVA NOVIEMBRE DE 2004 A AGOSTO DE 2005**

CARLOS DANIEL MAZABEL CORDOBA
PAOLA ANDREA MOSQUERA MENDEZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA
NEIVA
2005

**EVALUACIÓN DEL CONTROL PRENATAL EN LA IPS COMFAMILIAR HUILA
NEIVA NOVIEMBRE DE 2004 A AGOSTO DE 2005**

CARLOS DANIEL MAZABEL CORDOBA
PAOLA ANDREA MOSQUERA MENDEZ

Tesis para optar al título de
Especialista en Epidemiología

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA
NEIVA
2005

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Neiva, 20 de noviembre de 2005

PRENATAL CONTROL EVALUATION FOR THE COMFAMILIAR HUILA HEALTH SERVICE INSTITUTION. NEIVA, NOVEMBER 2004 TO AUGUST 2005.

INTRODUCTION:

Watchfulness and continuation of execution of minimum standards for prenatal and integral obstetrics assistance have been increased due to the creation and regulation of the action plan for the reduction of mother and perinatal deaths. In the same way the programs have been evaluated to develop new strategies that provide excellent and complete services for mothers.

GENERAL OBJETIVE:

To evaluate the prenatal control program of COMFAMILIAR HUILA HEALTH SERVICE INSTITUTION from November 2004 to august 2005 in order to identify its achievements, difficulties and needs.

METHODOLOGY:

A study of observation and description was carried out in order to look into the prenatal control program with its three elements (structure – process – result).

POPULATION:

(N=13) stands for professional staff in charge of the program; also all the medical histories of patients who were in the program during the period (N=175) and a sample of pregnant women who were in the program (n=45).

RESULTS:

As far the structure of the program, standards were achieved in 73.5% of the items. It means that the HEALTH SERVICE INSTITUTION is ranked in an average position; the analysis made from the medical histories showed that the patient's age was in 100% of the histories. Also full background information was found in

17.14% of them. 84% showed sings of life in all the assistances, and in the 80% the patient's weight was registered; there was no data of uterine height in 12%, and the 14.29% did not have data of fetal position in the third quarter of the year.

The 85.14% showed fetal heart problems and 66.85% of the first patients started their control in the first quarter of gestation.

As far the evaluation for professional staff about acquaintance of the POS-S, 53.84% of them were ranked in an average position of knowledge, 38.46% got high positions and 77% got lower positions.

On the other hand, in the questionnaires for pregnant women 91.11% of them indicated they would suggest to relatives and friends to join the prenatal control program of the IPS. In the same way, 91.11% of the users said they had good relationships with doctors and nurses; only 8.88% of the users had fair relationships with professional staff.

Alarm signs were not recognized by the users. Subtle bleeding: 66.66%. Vomiting: 68.88%. Face and fingers inflammation: 53.33%. Intense headache: 42.22%. Abdominal pain: 33.33%. Eye problems: 26.66% and fever: 20%.

CONCLUSIONS:

The program structure reached an average level of quality. However there are drawbacks in accommodation and human resources; also the histories showed that the technical rules to fill out the histories are not being carried out successfully.

There was good reception of the prenatal control program during the first quarter of gestation of the HEALTH SERVICE INSTITUTION users. Furthermore, positive results were shown by users concerning quality of service.

EVALUACIÓN DEL CONTROL PRENATAL EN LA IPS COMFAMILIAR HUILA NEIVA NOVIEMBRE DE 2004 A AGOSTO DE 2005

INTRODUCCION:

A partir de la definición y reglamentación del Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, se han intensificado los procesos de vigilancia y seguimiento del cumplimiento de los estándares mínimos para la atención prenatal y obstétrica integral; como también la evaluación de los programas con el fin de desarrollar nuevas estrategias que permitan brindar servicios integrales y de calidad a las maternas.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar de manera integral el programa de control prenatal de la IPS COMFAMILIAR durante el periodo comprendido entre Noviembre de 2004 a Agosto de 2005, para identificar sus logros, deficiencias y necesidades de ajuste.

METODOLOGIA:

Se realizo un estudio observacional descriptivo, para explorar el programa de control prenatal, con todos sus elementos constitutivos (estructura, proceso y resultado)

POBLACION:

Personal profesional a cargo del programa en su totalidad (n=13); totalidad de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el programa durante el periodo (175 HC) y una muestra de gestantes atendidas en el programa (n= 45)

RESULTADOS:

En cuanto a la estructura del programa se encontró que se cumplía con los estándares de verificación en el 73.5% de los ítems lo cual ubica la IPS en un rango medio, en cuanto al análisis realizado a partir de las HC se encontró que la edad de la paciente estuvo registrada en 100% de las historias; los antecedentes se registraron completos en 17.14% de estas, el 84% tenía registro de signos vitales en todas las atenciones y en el 80% de los casos se había registrado el peso de la paciente. El 12% no tenía dato de altura uterina y el 14.29% no tenía dato de posición

fetal en el tercer trimestre, el 85.14% tenía registro de fetocardia y un 66.85% de las pacientes empezó su control en el primer trimestre de gestación. En cuanto a la evaluación de conocimientos del POS para los profesionales se encontró que el 53.84% de los participantes se ubicó en el rango medio de conocimientos; el 38.46% de los profesionales se ubico en el rango alto y el 7.7% obtuvo una calificación baja. Por otra parte en el cuestionario para las gestantes se observo que en un 91.11% de los casos las gestantes manifestaron que recomendarían a una amiga o familiar para que asistiera al programa de CPN de la IPS; de igual manera el 91.11% de las usuarias encuestadas afirmo tener una buena relación con los médicos y las enfermeras que la atendieron, solo en el 8.88% de los casos manifestaron que la relación con los profesionales fue regular, en cuanto al reconocimiento de signos de alarma por parte de las usuarias no fueron reconocidos como tales, la hemorragia leve en 66.66%, la hiperhemesis en 68.88%, la inflamación de cara y dedos en un 53.33%, la cefalea intensa en 42.22%, el dolor abdominal en 33.33%, las alteraciones visuales en 26.66%, y la fiebre en 20%.

CONCLUSIONES:

Con respecto al estándar esperado, se observo que el puntaje global de calidad en la estructura del programa se ubico en un rango medio-aceptable, sin embargo al analizar cada uno de los componentes se observan deficiencias en calidad en cuanto a planta física y recursos humanos; En cuanto al proceso evaluado a partir de las Historias clínicas se encontraron deficiencias lo cual evidencia que no se esta cumpliendo en su totalidad con la norma técnica en cuanto al diligenciamiento de la HC; Se encontró un buen promedio de captación al CPN durante el primer trimestre de gestación en las usuarias de la IPS; de igual manera se observo un buen resultado del programa en términos de satisfacción y percepción de calidad por parte de las usuarias.

CONTENIDO

	pág
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	13
3. OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GENERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
4. MARCO INSTITUCIONAL	17
5. MARCO TEORICO	23
5.1 FISIOPATOLOGIA DE LA GESTACIÓN	23
5.2 DEFINICION DEL CONTROL PRENATAL	24
5.3 OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL	24
5.4 CARACTERISTICAS DEL SERVICIO	25
5.5 FRECUENCIA CON LA QUE SE DEBEN REALIZAR LOS CONTROLES	27
5.6 ESQUEMA MINIMO DEL CONTROL PRENATAL	28
5.7 LOGROS Y BENEFICIOS ALCANZADOS POR EL CPN	30
6. METODOLOGÍA	32
6.1 TIPO DE ESTUDIO	32
6.2 UNIVERSO DE ESTUDIO	32
6.3 POBLACION Y MUESTRA	32
6.4 RECOLECCION PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA	

INFORMACIÓN	34
6.4.1 Plan de recolección	34
6.4.2 Procesamiento de la información	34
6.5. INSTRUMENTOS	35
6.6. PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	36
6.7. ASPECTOS ETICOS	37
7. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	38
7.1 DEFINICION DE VARIABLES PARA EVALUACIÓN DEL PROCESO A PARTIR DEL CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES	38
7.2 DEFINICION DE VARIABLES PARA EVALUAR EL PROCESO A PARTIR DE HC	41
7.3 DEFINICION DE VARIABLES PARA EVALUAR EL RESULTADO DEL PROCESO A PARTIR DEL CUESTIONARIO PARA USUARIAS	43
7.4 DEFINICION DE VARIABLES PARA EVALUAR ESTRUCTURA	47
8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	49
8.1 ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DE LA IPS COMFAMILIAR	49
8.2 ANALISIS DEL PROCESO DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DE LA IPS COMFAMILIAR	51
8.3 RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DE LA IPS COMFAMILIAR	60
9. DISCUSIÓN	69
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
11. BIBLIOGRAFÍA	78
12. ANEXOS	80

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Distribución de la población de la IPS Comfamiliar	21
Tabla 2. Esquema mínimo de Control Prenatal	28
Tabla 3. Información para el programa educativo de la gestante	29
Tabla 4. Evaluación del Proceso por parte de Profesionales	38
Tabla 5. Definición de variables para evaluación de conocimientos sobre el pos-s y la normatividad vigente al personal del CPN	39
Tabla 6. Definición de variables para evaluación de la percepción del CPN por parte del recurso humano.	39
Tabla 7. Variables para evaluación del proceso del CPN	41
Tabla 8. Variables para evaluación de conocimientos y actitudes para usuarias del CPN	43
Tabla 9. Variables para evaluación de la estructura del programa de CPN	47
Tabla 10. Estructura para la prestación de servicios de control prenatal en la IPS Comfamiliar del huila primer nivel nov 2004 – Agosto 2005	49
Tabla 11. Evaluación del proceso de control prenatal a partir de historias clínicas. IPS COMFAMILIAR del Huila.	52
Tabla 12. Caracterización de a partir del cuestionario para profesionales a cargo del programa de en la IPS COMFAMILIAR del Huila	54
Tabla 13. Análisis de conocimientos generales del pos-s a partir del cuestionario para profesionales de la IPS COMFAMILIAR del Huila	57
Tabla 14. Análisis de conocimientos generales en torno al enfoque de riesgo de la gestante a partir del cuestionario para profesionales de la IPS COMFAMILIAR del Huila	59

Tabla 15.	Análisis sociodemográfico de las asistentes al CPN a partir del cuestionario de conocimientos y actitudes de las usuarias de la IPS COMFAMILIAR del Huila	60
Tabla 16.	Análisis de percepción del programa de CPN a partir del cuestionario para usuarias de la IPS COMFAMILIAR del Huila	62
Tabla 17.	Análisis de la atención del programa de CPN a partir del cuestionario de conocimientos y actitudes de las usuarias de la IPS COMFAMILIAR del Huila	64
Tabla 18.	Análisis de la identificación de factores de riesgo por parte de las gestantes a partir del cuestionario de para usuarias de la IPS COMFAMILIAR del Huila	67

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Grafica 1. Calificación de la estructura del programa de CPN de la IPS COMFAMILIAR	50
Gráfica 2. Percepción de los profesionales acerca de la estructura de la IPS	51
Grafica 3. Porcentaje de registro en la historia clínica I	53
Grafica 4. Porcentaje de registro en la historia clínica II	54
Grafica 5. Estudios realizados por los profesionales de la IPS COMFAMILIAR en relación con el área del CPN	56
Grafica 6. Tiempo de gestación de las usuarias cuando empezaron a asistir al CPN	63
Grafica 7. Percepción de las usuarias respecto a los servicios del programa de CPN	66
Grafica 8. Reconocimiento de signos de alarma por parte de las usuarias	68

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Cronograma.	80
Anexo B. Cuestionario para profesionales a cargo del programa de control Prenatal	81
Anexo C. Formulario para evaluación del proceso de control prenatal a partir de historias clínicas.	85
Anexo D. Cuestionario de conocimientos y actitudes para usuarias del programa de control prenatal	86
Anexo E. Formulario para evaluación de estructura programa control prenatal	89

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de la definición y reglamentación del Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna y perinatal por parte del ministerio de la protección social; Nuestro Municipio, ha intensificado los procesos de vigilancia y seguimiento a dichos eventos, por medio de unidades de análisis y la realización de planes de acción municipal que direccionan a todos los actores del sector salud a fortalecer las acciones de seguimiento y control de la gestión institucional a través de la vigilancia intensificada del cumplimiento de los estándares mínimos para la atención prenatal y obstétrica integral; como también la evaluación de dichas experiencias con el fin de desarrollar nuevas estrategias que permitan brindar servicios integrales y de calidad a las maternas.

La razón de mortalidad materna en Neiva para el 2004 fue de 65.5 X 100.000 NV que corresponden a 4 casos y la razón de muerte perinatal es de 12.5 X 1000 NV que corresponde a 70 casos; durante las unidades de análisis se determino que la mayoría de esta muertes se hubieran prevenido durante el control prenatal si hubiera realizado un buen seguimiento, y manejo del riesgo obstétrico¹.

Por otra parte se encontró en el análisis de los casos del Municipio de Neiva, las siguientes características:

- Las mujeres embarazadas no asisten a los controles prenatales o lo hacen de manera tardía.
- Se presentan fallas en la aplicabilidad de las normas y protocolos de la Resolución No 412 del 2000.
- Hay deficiencia en la demanda inducida para la captación de pacientes embarazadas en el primer trimestre de gestación.
- Existen falencias en los sistemas de garantía de la calidad en los programas de CPN .
- Existe desconocimiento de la norma técnica y falta de capacitación y evaluación del personal que realiza los controles prenatales.
- Se encuentran algunas Historias Clínicas incompletas y ausencia de diligenciamiento del CLAP y Carne materno.
- Se realiza poca educación a la gestante sobre auto cuidado y factores de riesgo².

¹ SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. Boletín epidemiológico Neiva, Mortalidad Materna en el Municipio de Neiva. Volumen 2, Numero 10, Febrero de 2005, pag 5.

² SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. Op cit, pag 8.

A partir de los anteriores hallazgos la secretaria de salud Municipal inicia un proceso de visitas de auditoria durante el mes de Septiembre de 2004 con el fin de realizar seguimiento a las IPS de la red local.

La IPS COMFAMILIAR recibió la visita el día 10 de octubre de 2004 durante dicha auditoria se encontraron algunas deficiencias tales como:

- Falta de recurso humano.
- Área física limitada.
- Deficiente registro estadístico.

De acuerdo a las recomendaciones realizadas por el equipo evaluador se tomaron medidas correctivas para mejorar el funcionamiento del programa e instaurarlo de manera formal, reglamentado según la normatividad vigente a partir de Noviembre de 2004; Por esta razón y por lo anteriormente dicho se consideró necesario evaluar el programa de control prenatal de la IPS COMFAMILIAR, con el fin de identificar sus logros y dificultades en procura de implementar los correctivos necesarios a través del plan de acción 2005 - 2006, con el cual se espera mejorar la salud del binomio madre-hijo en las usuarias.

Por lo tanto las preguntas a resolver son:

El programa de CPN de la IPS Comfamiliar se encuentra estructurado de acuerdo a los estándares de calidad?

Los procesos de prestación del servicio del programa se ajustan a las normas técnicas?

¿Los indicadores de resultado del programa de control prenatal (relacionados con conocimientos-actitudes) se encuentran dentro de rangos satisfactorios en las usuarias y el equipo profesional prestador del mismo?

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Dentro de la revisión realizada se encontraron algunas investigaciones de las cuales retomaremos las que se consideraron mas pertinentes y que aportaron en mayor proporción a nuestro proceso investigativo; una de ellas es la realizada en la ciudad de Bogota en el año 2000 titulada: “Evaluación del control prenatal en el Hospital de Kennedy Primer Nivel E.S.E. Bogota 1999-2000” dicho estudio fue realizado por Zulma Consuelo Urrego Mendoza y otros.

Este estudio califico el programa desde tres puntos de vista: la estructura (por medio de condiciones de habilitación), El proceso (por medio de el análisis de HC y las percepciones de los profesionales que laboran en el programa) y el resultado por medio de los Conocimientos, Actitudes y Satisfacción de las usuarias.

Dentro de los resultados se encontró: La estructura Global del hospital para el programa de CPN fue calificada en 63.44% Ubicándose en el rango medio, lo cual significa que tiene una (Estructura Aceptable). En cuanto al cuestionario para profesionales se encontró que un 40.5% expreso que a su juicio no contaban con un área de trabajo adecuada, el 67.6% considero tener disponible de manera permanente los equipos mínimos necesarios, en cuanto a las actividades educativas a las usuarias del CPN la calificación fue 91.38% que ubico esta actividad dentro del rango de cumplimiento alto.

En cuanto a lo encontrado en las HC la mayoría de las historias registraron la edad del paciente (99.1%), los antecedentes no se registran completos (13.1%), el 10.3% no tenia registro de signos vitales, solo el 12.2% tenia registro de altura uterina; en promedio el 70.86% de los ítems evaluados se diligenciaba satisfactoriamente en las historias revisadas.

En cuanto a las Usuaris el 98.2% considero haber recibido una atención prenatal de buena calidad, en cuanto al puntaje global de reconocimiento de signos de alarma el 38.3% se ubico en la calificación del rango alto y la misma proporción en el rango medio, el 23.4% se ubico en el rango bajo³.

³ URREGO Mendoza y Colaboradores. Evaluación del Control prenatal en el Hospital de Kennedy primer nivel ese Bogota 1999-2000.

Este referente proporciona los elementos constitutivos del proceso de evaluación mejor estructurado que se encontró durante la revisión, ya que permite observar el programa de CPN desde diferentes miradas lo que posibilita disminuir los sesgos.

Otro estudio realizado por el proyecto Genysi y publicado por el ministerio de la salud pública y de la seguridad social de Francia.(Ministere de la sante publique et de la securite sociale. France 1980) denominado “La Perinatalite” se considera vigente aun por la comunidad francesa debido a sus resultados. Dicha investigación encontró que implementando nuevas medidas, permitirían conseguir que la tasa de mortalidad perinatal se redujese de forma significativa en los años siguientes. Esta tasa podría bajar desde 26 por mil hasta 18 por mil. Esto conllevaría igualmente un descenso del numero de complicaciones en las gestantes.

Dentro de la investigación un grupo de expertos estimo los siguientes 7 programas de actuaciones.

1. Formación del personal médico/sanitario.
2. Desarrollo de la estadística e investigación.
3. Vacunación contra la rubéola.
4. Reforzamiento de la vigilancia de los embarazos.
5. Mejora del control de los partos.
6. Mejoría de la reanimación de los recién nacidos en sala de partos.
7. Creación de unidades de reanimación de cuidados intensivos para recién nacidos.

La investigación concluyo que el costo de implementación de esta política asistencial sería de 900 millones de francos en 15 años y El ahorro económico, logrando los objetivos, alcanzaría los 7 mil millones. Siendo como se ve francamente positivo.

Esta investigación se menciona en la pagina Web del proyecto Genysi para demostrar el ahorro económico y el mejoramiento en calidad de vida para los habitantes de Francia la comunidad científica de este país considera que continua vigente porque se demostró que la implementación y mejoramiento continuo de los programas de CPN reducen de manera considerable la tasa de Mortalidad materna y perinatal⁴.

Se considera importante retomar estos dos estudios ya que permiten mostrar como los programas de CPN son la clave para mejorar la calidad de salud de la

⁴ DOCUMENTACION PROYECTO GENYSI. Paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/preven/perinata.htm.

población, y como la manera mas eficaz de medir el continuo mejoramiento de dichos programas es por medio de evaluaciones que permitan la visión sistémica de los procesos.

Es importante generar en las Instituciones de nuestra localidad la cultura de la evaluación de impacto de los programas de Promoción y prevención, teniendo en cuenta que estos deben ser dinámicos de acuerdo a los cambios presentados en nuestra sociedad. En el caso particular de nuestro Municipio la reducción de las tasas de Mortalidad materna y perinatal es una de las metas prioritarias, por esta razón se considera necesario revisar los procesos que componen los programas de CPN viendo este como factor protector.

Por otra parte sabemos que en nuestra comunidad la mayoría de los casos de Muertes maternas y Perinatales se presentan en usuarias de bajos recursos, por esta razón debe ser un reto para las instituciones que atienden a esta población, prestar servicios de calidad, que en realidad contribuyan al mejoramiento de la salud publica de nuestro Municipio.

Con el presente estudio se espera contribuir al mejoramiento de la Calidad de los CPN en las instituciones que atienden los grupos mas vulnerables de nuestra sociedad como es el caso de la IPS COMFAMILIAR y por medio de este definir las áreas de intervención prioritarias para mejorar la atención, direccionar políticas institucionales y de esta manera poder brindar una atención integral a las gestantes de nuestra localidad, teniendo como base la premisa de que un Control de calidad disminuirá las tasas de mortalidad materna y perinatal en nuestro Municipio.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar de manera integral el programa de control prenatal de la IPS COMFAMILIAR durante el periodo comprendido entre Noviembre de 2004 a Agosto de 2005, para identificar sus logros, deficiencias y necesidades de ajuste.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la estructura disponible tanto en recurso humano como en planta física y equipos para la prestación del servicio de control prenatal por medio de la verificación de las condiciones de habilitación de la IPS Comfamiliar.
2. Determinar si el proceso del CPN que se brinda en la actualidad en esta institución cumple con las normas técnicas establecidas. (Segun registros de la HC)
3. Evaluar el proceso del CPN por medio de los conocimientos y percepciones de los profesionales que laboran en el programa de la IPS Comfamiliar.
4. Evaluar el resultado del programa por medio de los conocimientos, actitudes y percepción de satisfacción por parte de las usuarias del CPN en la IPS Comfamiliar.

4. MARCO INSTITUCIONAL

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

Información general

Razón Social: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL
HUILA

Nit: 891180008-2

Tipo de Empresa: Privada

Representante Legal: ARMANDO ARIZA QUINTERO

Coordinador Procesos Salud: RUFINO MACIAS ALVIRA

Coordinadora I.P.S : DIANA ASTRID QUINTERO

Dirección: CALLE 10 No. 5-38 Neiva (Huila)

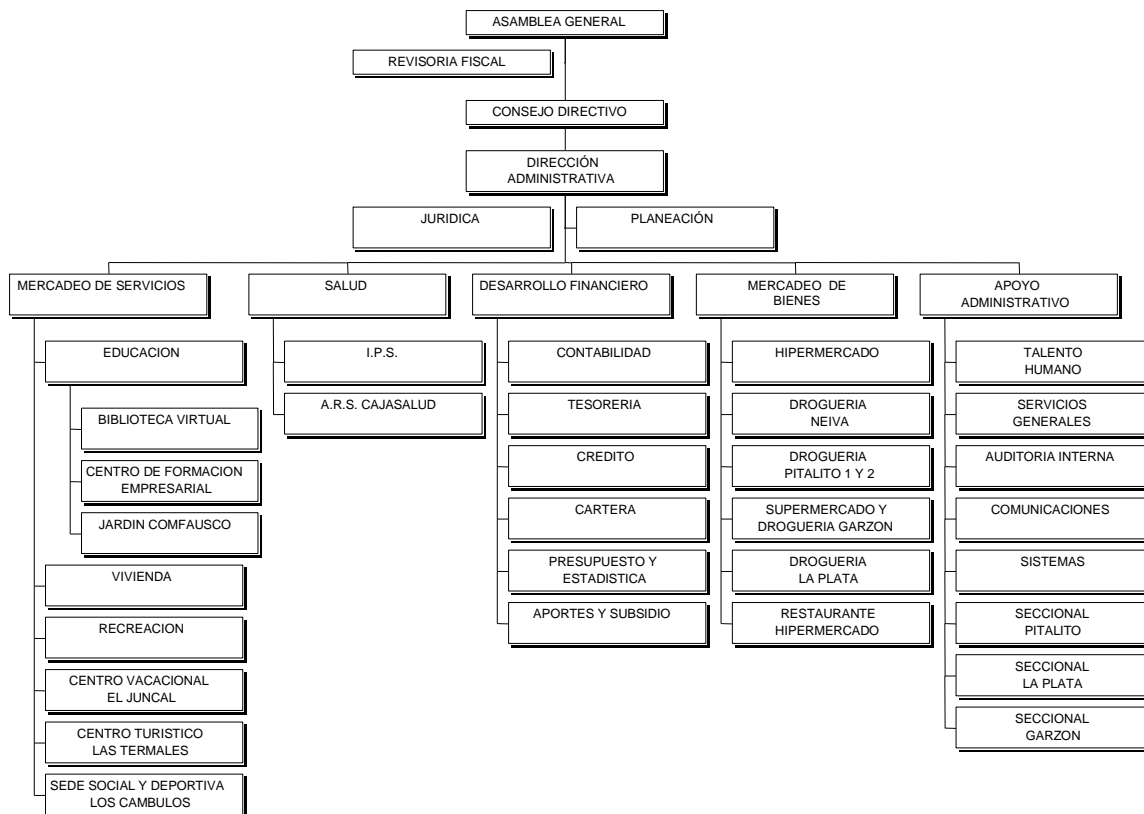
Teléfonos: 871 3902, 871 3092, 871 3093, 871 3094

e-mail : ccfhuila@ssf.gov.co

La IPS tiene las instalaciones en el edificio de la Cámara de Comercio de Neiva primer y segundo piso, en el primer piso se encuentra la parte operativa de Promoción y Prevención de la IPS, y en el segundo piso se ubican las áreas de coordinación, medicina, odontología, caja, atención al usuario y laboratorio. Es de resaltar que estas instalaciones son compartidas con la ARS Cajasalud.

El Área de SALUD de la Caja de Compensación Familiar esta compuesta por la IPS y ARS CAJASALUD, la IPS es el objeto del presente trabajo de grado. (Ver figura 1. Organigrama de la empresa)

Figura 1. Organigrama de la empresa



Estructura de la IPS: La estructura organizacional se compone de tres subprocesos Administrativo, Medicina integral y comercialización. Los integrantes de los subprocesos forman un equipo interdisciplinario que permite una visión integral de los procesos en el área de salud.

Logo de Comfamiliar del Huila:



Recurso humano:

- Directivos (5 funcionarios)
- Administrativos (5 funcionarios)
- Operativos (46 funcionarios) 27 médicos, 8 odontólogos y 12 auxiliares operativos

➤ RESEÑA HISTORICA DE LA IPS CONFAMILIAR DEL HUILA

La IPS de COMFAMILIAR DEL HUILA es una importante empresa del sector de la salud, fue creada en el año de 1966, empezando a funcionar con las áreas de mercadeo y salud, es decir que desde hace 34 años ésta institución viene prestando en forma continua servicios de salud a toda la comunidad huilense y en especial a sus trabajadores afiliados y su núcleo familiar.

Hasta 1993 los servicios de salud podían ser subsidiados por las Cajas de Compensación Familiar, pero a partir de esa fecha con el surgimiento de un nuevo esquema de salud en Colombia el “Sistema General de Seguridad Social en Salud”, las cajas pierden esta facultad, debiendo convertir sus Centros médicos en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con unas características particulares que las hagan competitivas y autocosteables.

De hecho ésta situación hace que se realicen cambios radicales en la prestación de los servicios, por esa razón se constituye en 1996 la I.P.S. COMFAMILIAR HUILA, la cual hasta la fecha continua brindando salud y bienestar a diferentes sectores de la población del Huila, en las áreas de Promoción y Prevención, Medicina General y especializada, laboratorio clínico, vacunación, Odontología, entre otros.

CULTURA ORGANIZACIONAL

VISION:

En el año 2.013 la I.P.S Comfamiliar Huila será líder en la prestación de servicios de salud en Neiva y el Departamento, contribuyendo con el mejoramiento de la calidad de vida de los afiliados y usuarios.

MISION

La I.P.S Comfamiliar Huila ofrece y presta servicios de salud de I y II nivel de complejidad, cumpliendo con los estándares de calidad a la comunidad de Neiva y el departamento, superando las expectativas de nuestros clientes⁵.

SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD:

El Sistema de Gestión de la Calidad de Comfamiliar Huila es acorde con la norma ISO 9001 versión 2000 y cubre los siguientes servicios de la IPS:

- ◆ Medicina General
- ◆ Atención al usuario

⁵ Manual Sistema General de Calidad de la IPS Comfamiliar del Huila

- ◆ Consulta de odontología
- ◆ PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION
- ◆ Historias Clínicas

Caracterización de la Población objeto de la IPS:

- En el Municipio de Neiva La IPS Cuenta con una población afiliada del régimen subsidiado de 15.000 usuarios aproximadamente.
- Convenios con empresas para prestación del servicio (15 aproximadamente) En los servicios de exámenes de Ingreso – Egreso, y vacunación entre otros.

La estructura de genero en la población es muy homogénea, el grupo de mujeres corresponde al 54% de la población, mientras que los hombres constituyen el 46%, la mayor concentración en grupo de edad se encuentra entre los 15-45 años como se observa en el cuadro, en este rango de edad se encuentra la población productiva laboralmente, con mayor movilidad y con vida sexual activa, lo que indica mayor presentación de factores de riesgo como las ETS, embarazos, el consumo de sustancias psicoactivas violencia y desempleo.

Tabla 1. Distribución de la población de la IPS Comfamiliar

RANGO POR EDAD	CANTIDAD POR EDADES	PORCENTAJE
0 – 5 años	2384	16%
6 – 14 años	3338	23%
15 – 45 años	6146	41%
> de 45 años	2951	20%
TOTAL	14.819	100%

Fuente: Perfil Epidemiológico IPS Comfamiliar Huila 2004

La población menor de 5 años al igual que la de 6-14 años es susceptible de contraer con facilidad enfermedades de tipo infeccioso y parasitario. La desnutrición en los menores no es solo un problema de salud sino también social que caracteriza a la población del régimen subsidiado, de igual manera la dificultad de acceso al sistema educativo es otra característica de esta población.

La población total residente en el área de influencia de la I.P.S corresponde en un 98% al área urbana y en un 1.8% al área rural; se puede observar que una gran porción de la población es urbana lo cual se debe tener en cuenta para las estrategias en los programas de promoción y prevención.

En cuanto a la Morbilidad atendida en consulta externa se observa que el grupo de edad que mas consulta es el de mayores de 45 años, seguido por el grupo de

menores de 5 años; seguidamente se encuentra el grupo de 15-45 y por ultimo encontramos el grupo de 6-14 años.

La parasitosis intestinal con un 24% de los casos ocupa el primer lugar dentro de las patologías; el grupo de edad mas afectado es el de 6-14 años, seguido por el de menores de 5 años, también es importante anotar que esta es la patología mas consultada por el grupo de 14-45 años y la segunda en orden de importancia en el grupo de mayores de 45 años.

La segunda causa en orden de importancia es la rinofaringitis aguda con un 15% de los casos donde el grupo mas afectado es el de menores de 5 años con un 50% de los casos, seguidamente se encuentra el grupo de 15-45 años con un 17% de los casos; el siguiente grupo de 6-14 años con un 16% de los casos y el ultimo grupo de mayores de 45 años con un 15% de los casos.

En tercer lugar encontramos que la causa mas consultada es la hipertensión esencial que cuenta con 12% de los casos, el grupo mas afectado por esta patología es el de mayores de 45 años con el 93% de los casos seguido por el grupo de 15-45 años con el 6.7% de los casos.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 FISIOLÓGÍA DE LA GESTACIÓN:

La gestación se ha considerado como un estado fisiológico y este concepto ha permitido a muchos restar el valor que el control del embarazo tiene dentro del proceso reproductivo, cuando se conoce la fisiología de la gestación, por medio del acompañamiento a la gestante se pueden reconocer mas fácilmente los cambios que indiquen anormalidad.

El embarazo normal tiene una duración promedio de 265 a 270 días, contados a partir del primer día de la ultima menstruación, durante el estado gravídico el organismo materno presenta ciertos cambios tales como:

- El ciclo menstrual es reemplazado por la falta de ovulación y menstruación.
- El embrión y posteriormente el feto producen cambios de tipo general.
- Las glándulas mamarias y el útero presentan modificaciones desencadenadas por el desarrollo del producto.

Cuando se hace el interrogatorio a la paciente durante la primera consulta se indaga por los dos primeros y con el examen físico se determina el ultimo, las modificaciones mas significativas ocurren en el aparato reproductor, sin embargo todos los órganos son afectados no solo desde el punto de vista anatómico sino funcional. Por esta razón el seguimiento y análisis de la embarazada se debe iniciar de forma temprana, la población de gestantes normales alcanza un 70% de acuerdo con las diferentes estadísticas publicadas, esta población puede ser controlada por un personal capacitado quien debe poner en practica un programa educativo y de supervisión de la embarazada con el fin de proteger, promover y mantener un adecuado control tanto de la madre como del feto.

Este personal debe estar en condiciones de prestar unos cuidados mínimos y dejar la atención especializada en manos del personal medico responsable del estudio de las embarazadas con mediano y alto riesgo, ya que el embarazo a pesar de ser un estado fisiológico, se puede asociar con una mayor cantidad de riesgos para la madre y el hijo⁶.

⁶ URIBE BOTERO Jaime y otros, Ginecología y obstetricia, texto integrado, Universidad de Antioquia, sexta edición, segunda parte , parto y gestación normales, atención prenatal, pag 96.

En Colombia, el Ministerio de la protección social ha normatizado que el control prenatal se inicie antes del quinto mes. En cuanto a la frecuencia recomendada para las consultas, varía de acuerdo con los factores de riesgo, los recursos disponibles en la región y las normas establecidas en las diferentes divisiones territoriales.

Es importante conocer la normatividad vigente que rige los estándares mínimos para el programa de CPN y en los cuales se basara la evaluación en la IPS COMFAMILIAR; Por lo tanto se realizara una síntesis del los aspectos generales de la Resolución 412 del 2000 y la Resolución 3384 del 2000.

5.2 DEFINICION DEL CONTROL PRENATAL

Conjunto de actividades y procedimientos que permiten identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en optimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo⁷.

El control prenatal como un sistema de prevención se inicio alrededor de 1901 y se puede asegurar que la obstetricia ha logrado tres objetivos importantes en los últimos 30 años, ellos son:

- La implementación y extensión del control prenatal.
- La selección y manejo del riesgo perinatal.
- La clasificación, selección y aplicación de los métodos de vigilancia materno fetal.

A pesar del interés que despierta el control prenatal y la infinidad de publicaciones sobre el tema, no existe uniformidad en relación con el contenido, la eficacia y el impacto sobre las variables de mortalidad y morbilidad, tanto materna como perinatal⁸.

5.3 OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL:

- Vigilar el desarrollo y evolución del embarazo normal.
- Identificar el riesgo obstétrico, para la derivación oportuna.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- Preparación física y mental para el parto
- Promoción de la lactancia materna y la crianza del recién nacido (RN).

⁷ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 412/2000 Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo, Definición del programa de control prenatal.

⁸ URIBE BOTERO Jaime y otros, Ginecología y obstetricia Op cit Pag 101.

- Prevención del tétanos neonatal (vacuna antitetánica), cáncer de cérvix uterino y prevención de la patología mamaria.
- Promoción de salud reproductiva y planificación familiar.
- Promoción de la nutrición.

Para lograr estos objetivos es necesario efectuar un control precoz, frecuente, de buena calidad y con amplia cobertura.

Precoz: se acepta como precoz una atención prenatal que se realice antes de cumplir el primer trimestre.

Frecuente: La Asociación medica Americana recomienda una primera visita tan pronto se sospeche la gestación, luego controles cada mes hasta la semana 28, después cada 15 días hasta la trigésima sexta y cada 8 días hasta el final.

Buena Calidad: debe incluir aspectos y acciones relacionados con la educación, protección, recuperación, y rehabilitación de la salud. La OMS considera que un buen control prenatal es aquel que se inicia antes del tercer mes, con 8 a 12 citas de las cuales el medico debe realizar al menos la primera y participar en las siguientes.

Cobertura: es preciso brindar el programa a todas la embarazadas, de no lograrse lo anterior por lo menos se debe atender la mayoría.

5.4 CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

Las instituciones de salud que presten este servicio, deberán contar con la capacidad resolutive y el equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad que garantice una gestación normal.

Durante la primera consulta se recomienda elaborar una completa historia clínica prenatal, teniendo en cuenta el aspecto emocional y el estado anímico, que con frecuencia se encuentran alterados en muchas gestantes. Debe entablarse un adecuado enganche terapéutico con la paciente, y ojalá con su familia, para facilitar el logro de los objetivos del programa. La primera consulta debe finalizar con recomendaciones sobre la evolución y el control de la gestación, a la vez que con la aclaración de las dudas que tengan la paciente y su familia. En la primera consulta, el médico debe determinar si existen factores de riesgo o predecir si la gestación evolucionará normalmente.

Con los datos recolectados en esta valoración inicial, el médico debe estar en capacidad de elaborar un plan de intervención biopsicosocial, que involucre aspectos educativos, médicos, emocionales, familiares y sociales, de acuerdo con el riesgo particular de la paciente.

Los objetivos de esta historia clínica prenatal son:

- Identificar a las embarazadas con riesgo elevado para brindarles atención especializada.
- Facilitar la normatización y unificación de datos recogidos.
- Permitir una auditoría médica.

La historia perinatal debe cubrir los siguientes aspectos:

- Identificación de la embarazada.
- Datos básicos relacionados con el estado civil y el nivel de instrucción.
- Antecedentes familiares, especialmente los relacionados con diabetes, tuberculosis y anomalías congénitas en cualquiera de los miembros de la familia de ambos cónyuges.
- Antecedentes personales como diabetes, tuberculosis, cardiopatías, hipertensión, infección urinaria, tromboflebitis, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos psiquiátricos.
- Antecedentes obstétricos.
- Embarazo actual: debe incluir los datos del examen físico, exámenes de laboratorio e inmunizaciones maternas, exploración sobre si la gestación fue planeada/deseada/aceptada, apoyo familiar o social y presencia de un compañero, estilo de vida, hábitos nutricionales, recreativos de actividad física y laboral.

En los controles posteriores deben explorarse específicamente los siguientes aspectos:

- Primer trimestre: sangrado, dolor pélvico, disuria, leucorrea, cefalea, o síntomas de depresión.
- Segundo trimestre: contracciones uterinas, sangrado, leucorrea, cefalea, disuria, movimientos fetales, síntomas depresivos.
- Tercer trimestre: contracciones uterinas aumentadas, sangrado, expulsión de líquido, disminución de movimientos fetales, signos premonitorios de trastorno hipertensivo, edemas, síntomas depresivos, cambios en el peso.

Los componentes de cada control prenatal de seguimiento son los siguientes:

- Clasificación nutricional de la gestante según gráficos.
- Evaluación del peso según edad nutricional.

- Medición de la tensión arterial.
- Inspección general de piel y mucosas.
- Examen de mamas.
- Examen obstétrico.
- Palpación abdominal y evaluación de posición, situación y presentación según edad gestacional.
- Medición de la altura uterina y evaluación según edad gestacional utilizando curvas de altura uterina.
- Auscultación de fetocardia y percepción de movimientos fetales.
- Exploración de genitales externos buscando leucorrea.
- Exploración de extremidades buscando edemas y várices.

Durante el control prenatal debe desarrollarse un programa educativo orientado hacia la preparación de la futura madre, el cual debe incluir preparación psicoprofiláctica y gimnasia que prepare a la mujer para los cambios de la gestación y el trabajo de parto. También se recomienda la inmunización con toxoide tetánico mediante la aplicación de dos dosis, una alrededor de la semana dieciocho y otra cerca de la semana veintiséis.

5.5 FRECUENCIA CON LA QUE SE DEBEN REALIZAR LOS CONTROLES:

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible, debiendo ser periódico, continuo e integral:

- El primer control debería empezar en el primer trimestre, realizado por medico general; posteriormente se deben realizar con una frecuencia mensual hasta la semana 36 , y luego cada 15 días hasta el parto. se aconseja realizar una buena detección de riesgos obstétricos, con miras a reducir las complicaciones durante el parto y el puerperio.

El siguiente es el esquema mínimo de control prenatal, con base en la propuesta del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)

5.6 ESQUEMA MINIMO DE CONTROL PRENATAL

Tabla 2. Esquema mínimo de Control Prenatal

Actividad	primera consulta	22 a 24	27 a 29	33 a 35	38 a 40
Anamnesis	+	+	+	+	+
Medición del peso	+	+	+	+	+
Medición de la talla	+				
Determinación de la presión arterial	+	+	+	+	+
Confirmación del embarazo	+				
Estimación de la edad gestacional	+	+	+	+	+
Descartar embarazo múltiple	+	+	+	+	+
Medir la altura uterina		+	+	+	+
Auscultar los latidos fetales			+	+	+
Evaluación clínica de la pelvis				+	+
Diagnóstico y situación de la presentación fetal			+	+	+
Evaluación del líquido amniótico		+	+	+	
Evaluación del crecimiento fetal	+	+	+	+	
Determinación de la hemoglobina	+			+	
Determinación del grupo sanguíneo-factor Rh	+				
Detección de diabetes gestacional	+		+		
Examen de orina	+	+		+	+
Detección de sífilis	+			+	+
Prueba de ELISA-VIH (con autorización de la mujer)	+			+	
Evaluación ecográfica					
Detección de factores de riesgo obstétrico	+	+	+	+	+
Examen odontológico	+	+			
Vacunación antitetánica	+				
Administración de hierro y ácido fólico suplementarios	+	+	+	+	+
Información sobre planificación familiar y salud reproductiva	+	+	+	+	+
Movimientos fetales	+	+	+	+	+
Examen de las mamas y pezones	+				
Estado nutricional	+	+	+	+	+

Tabla 3. Información para el programa educativo de la gestante

<p>Información general</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe tener buena alimentación con base verduras frescas, proteínas y frutas 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de los pezones dándose pequeños masajes para que su bebé pueda amamantarse bien.
<ul style="list-style-type: none"> • Por lo menos 3 veces a la semana deberá comer huevos, pollo o pescado 	<ul style="list-style-type: none"> • Use ropa cómoda.
<ul style="list-style-type: none"> • Coma alimentos preparados en lugares limpios 	<ul style="list-style-type: none"> • Si está estreñida, coma verduras verdes, frutas y tome bastante líquidos.
<ul style="list-style-type: none"> • Haga sus tareas en forma normal pero sin hacer esfuerzos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumpla con los controles que le indique el profesional de salud. Son importantes para reducir los riesgos a su salud y a la de su bebé.
<ul style="list-style-type: none"> • Mantenga su cuerpo aseado: baño diario o con esponja 	<ul style="list-style-type: none"> • Tome sus multivitamínicos. SON BUENOS PARA SU BEBE.
<ul style="list-style-type: none"> • No fume, ni consuma ningún tipo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evite el uso de licor, té y café.
<ul style="list-style-type: none"> • No se haga duchas vaginales o lavados internos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener relaciones sexuales durante todo el embarazo no daña al bebé. Pero si le produce dolor o se lo han prohibido por alguna razón, no tenga relaciones sexuales.

Fuente: Modelo propuesto por el Ministerio de la protección social para el control materno perinatal.

De igual manera se debe proporcionar información clara sobre las razones por las cuales se debe asistir al centro de salud más cercano, estas son:

- Náuseas y vómitos muy seguidos
- Fuerte dolor de cabeza, ve lucecitas o puntos negros
- Zumbido en los oídos
- Fiebre
- Sangrado vaginal
- Dolor debajo del vientre o en la "*boca del estomago*".
- Dolor y contracciones antes de los 8 meses y medio de embarazo.

- Si tiene más de 6 meses de embarazo y siente que su bebe no se ha movido por más de 6 horas.

5.7 LOGROS Y BENEFICIOS ALCANZADOS POR EL CONTROL PRENATAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que un buen control prenatal es el que se inicia antes del tercer mes, con ocho a doce consultas, de las cuales el médico debe realizar al menos la primera y participar en las siguientes. Sin embargo, se ha encontrado una disminución significativa de embarazos pretérmino y menor mortalidad perinatal con un control iniciado antes del quinto mes, un total de cinco consultas y presencia de una enfermera obstétrica entrenada.

El embarazo es un proceso fisiológico normal; gran parte de los nacimientos no requiere intervención activa de los profesionales al cuidado de la salud, porque el proceso de la reproducción se desarrolla por patrones biológicos. Sin embargo, el embarazo altera los procesos psicofisiológicos de la mujer y tiene el potencial para afectar el estado de salud de la madre y del hijo. Los cuidados preparto incluyen los componentes médicos y los de enfermería necesarios para proteger la vida y la salud de la madre y el feto, asegurar que sea una experiencia satisfactoria y que favorezca el desarrollo de la mujer y su familia.

El objetivo de todo cuidado prenatal es asegurar que todo embarazo culmine en el parto de un niño sano sin deteriorar la salud de la madre. Este objetivo se logra mediante la combinación de esfuerzos de los futuros padres, el médico, la enfermera y diversos miembros del equipo de salud, concediéndose especial atención a ampliar los conocimientos y experiencias de los futuros padres y la familia, de manera que todos los miembros asimilen el embarazo de modo positivo, se favorezca la salud de la madre y su futuro hijo, y se efectúe con facilidad la adaptación familiar para incluir a ese nuevo miembro⁹.

⁹ Modelo propuesto por el ministerio para el control materno Perinatal. www.minsa.gob.pe/dpspf/index2.htm.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, para explorar el programa de control prenatal, con todos sus elementos constitutivos, dicho abordaje se realizó en varias fases y a partir de información originada en diversas fuentes:

- Una fase retrospectiva, en cuanto a la verificación de indicadores de proceso, a partir de información registrada en las historias clínicas de la totalidad de usuarias del programa durante los meses Noviembre 2004 a Agosto de 2005 (N = 175). cuyo marco muestral son los registros del sistema de información del programa.
- Una fase transversal, en lo concerniente a constatación de requisitos estructurales, área física y exploración de conocimientos - actitudes, mediante una encuesta hecha a los profesionales a cargo del programa y a las usuarias, desarrollada durante Noviembre – Agosto de 2005; en la misma se incluyeron la totalidad de los profesionales médicos y enfermeras prestadores de servicios de control prenatal (n =13), así como una muestra, de las usuarias del programa en el periodo seleccionado (N=175); n=45 (confianza 99.99%; error máximo permitido de 5%; prevalencia esperada, 25%). El marco muestral estuvo constituido por los registros de pacientes atendidas en el programa durante el periodo Noviembre de 2004 a Agosto de 2005.

6.2 UNIVERSO DE ESTUDIO:

Inscritas control prenatal con todos sus elementos constitutivos - estructura, proceso y resultado realizado entre Noviembre 2004 – Agosto de 2005 en la IPS Comfamiliar Sede Neiva.

6.3 POBLACION Y MUESTRA

- Para el cuestionario de profesionales: la población esta constituida por el personal profesional a cargo del programa, el cual se incluirá en el estudio en su totalidad (n=13).

- Para el formulario de historias clínicas: población constituida por la totalidad de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el programa durante el periodo, El marco muestral es el listado de nombres de usuarias nuevas del programa entre Noviembre de 2004 y Agosto de 2005, elaborado a partir de los sistemas de información disponibles (tamaño de la población: 175 usuarias).
- Para el cuestionario de usuarias: en el componente de conocimientos y actitudes de estas en relación con el programa, la población esta constituida por todas las pacientes atendidas en el programa durante Noviembre 2004 a Agosto de 2005. Se tomara una muestra cuyo tamaño se calculó de acuerdo (N=175); (confianza 99.99%; error máximo permitido de 5%; prevalencia esperada, 25%).el resultado es n=45 en el programa Epiinfo versión 3.2, en la utilidad stlcal para calcular tamaño de muestra.

6.4 RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

6.4.1 Plan de recolección

- Para evaluar la estructura del CPN se utilizaron los formularios mencionados en un solo momento, por lo tanto se aplicó el instrumento respectivo de evaluación de estructura al funcionario coordinador del programa en las respuestas que se consideraron necesarias y en las demás se realizó una observación detenida por las instalaciones de la IPS.
- Para evaluar el proceso por medio de las historias clínicas se aplicó el instrumento de HC con el fin de revisar cada uno de los registros del total en el periodo estudiado.
- De igual manera en la evaluación del proceso por medio de los conocimientos y percepciones del personal que labora en el programa se aplicó el cuestionario, los profesionales fueron abordados de manera individual en sus respectivos sitios de trabajo, se les dieron las instrucciones necesarias para el correcto diligenciamiento del instrumento y se les aseguró confidencialidad.
- Para evaluar el resultado se aplicó el instrumento de conocimientos y actitudes de las usuarias en relación con el programa, se tomaron las pacientes que llegaron a cumplir con sus actividades educativas o asistenciales de control prenatal, hasta completar el número del tamaño de muestra. A cada una, o en grupos, se les dieron las instrucciones generales para el diligenciamiento correcto del instrumento.

6.4.2 Procesamiento de la información

Se empleó el Software EPI - INFO versión 3.2, Windows y Excel.

6.5 INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información se emplearan los instrumentos utilizados en el proceso evaluativo del programa de CPN del Hospital de Kennedy en el primer nivel de atención en Bogotá ¹⁰ los instrumentos son los siguientes:

1. Instrumento para verificación de condiciones de eficiencia, construido por la Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud para evaluar programas ambulatorios de obstetricia y ginecología¹¹, con modificaciones en la redacción de algunos ítems para adaptarlo al contexto de la evaluación de estructura en la IPS objeto de estudio. El instrumento final consta de siete secciones, que evalúan las áreas de planta física; recursos materiales; recursos humanos; suministro y servicios de apoyo; planeación de actividades de educación para la salud; gerencia y administración. Cada área consta de una serie de ítems ponderados, mediante los cuales se obtiene un puntaje que permite clasificar la estructura de los servicios así: en rango bajo -deficiente - si corresponde a menos de 60% del puntaje total posible; en rango medio - aceptable - cuando se ubica entre 60% y menos de 80% del total posible; y en rango alto - eficiente - si el puntaje es igual o superior a 80% del total posible.

Dicho instrumento fue manejado por la Secretaría Distrital de Salud, en coordinación con expertos nacionales e internacionales, Este ha sido probado en hospitales de primer nivel de Santa Fé de Bogotá

2. El cuestionario para usuarias del programa elaborado por la secretaria de Salud Distrital de Bogotá con el fin de evaluar los servicios de Control prenatal, utilizado en el proceso evaluativo del Hospital de Kennedy¹², el instrumento contiene variables que exploran características sociodemográficas de las pacientes; características del proceso de prestación del servicio y del resultado del mismo, a partir del reconocimiento de la paciente de signos de alarma durante el embarazo y percepción de calidad - satisfacción con los servicios recibidos. Se empleó un indicador de reconocimiento de signos de alarma, construido con base en el porcentaje reconocido acertadamente del total de signos de alarma presentados, que permitió clasificar el reconocimiento como bajo (<60%); medio (60- 79%) y alto (>80%)

¹⁰ URREGO Mendoza y Colaboradores. Evaluación del Control prenatal en el Hospital de Kennedy primer nivel ese Bogota 1999-2000. Anexos

¹¹ OPS – OMS – SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE SANTAFE DE BOGOTA D.C., Metodología para la evaluación de condiciones de eficiencia en los servicios de ginecología y obstetricia. Primer nivel de atención 1997. Anexos.

¹² SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE SALUD – UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Factores que determinan el impacto de los servicios de rehabilitación en Santafe de Bogota D.C.; 1998. Anexos.

Este instrumento fue probado en varias instituciones de Bogotá en 1998 durante la investigación mencionada.

3. El cuestionario para profesionales del programa, que conservó las partes incluidas en el instrumento equivalente del estudio evaluativo de servicios de rehabilitación ya mencionado, con las modificaciones pertinentes para evaluar proceso y resultado en control prenatal. El instrumento final caracteriza a los profesionales con base en su profesión, experiencia en programas prenatales, vinculación con el hospital, estudios de postgrado en el área del control prenatal, características de la prestación del servicio en el hospital, conocimientos generales sobre clasificación del riesgo obstétrico y sobre los contenidos del plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S) en control prenatal, vigentes en el momento de la aplicación del instrumento. Se emplearon dos indicadores: rango de conocimientos generales y rango de conocimientos del POS-S, con criterios similares a los empleados para el indicador de reconocimiento de signos de alarma en usuarias.

4. El instrumento para caracterización del proceso de prestación del servicio prenatal, a partir de información registrada en las historias clínicas, en el cual se incluyeron algunos de los indicadores de calidad en obstetricia elaborados por la Asociación Colombiana de la Salud - assalud. Se le adicionó la evaluación del registro de valoración de factores de riesgo personales, familiares, ginecobstétricos y psicosociales, así como el registro de captación precoz, realización de actividades educativas y de seguimiento domiciliario a gestantes con factores de riesgo. A partir de los ítems registrados en cada historia clínica, se encontró el porcentaje de cumplimiento de requisitos mínimos de calidad en el proceso de atención, mediante el cual este se caracterizó como en rango bajo, medio o alto, siguiendo los mismos parámetros empleados en el instrumento de estructura.

6.6 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

- Para los componentes observacionales descriptivos: se emplearon medidas de estadística descriptiva, tales como proporciones y promedios, según las características de las variables. Los gráficos se seleccionaron de acuerdo con el nivel de importancia asignado por los investigadores y fueron el histograma de frecuencias para las variables cuantitativas, o gráficos de sectores y barras simples o agrupadas en el caso de variables de tipo cualitativo. Cuando se estimó conveniente, se exploró la asociación entre variables mediante la prueba de contingencia múltiple, utilizando la distribución de Chi-cuadrado con $\alpha = 0.05$, riesgos relativos con intervalo de confianza de 95% o intervalos de confianza para diferencia de promedios, según correspondía.

- Para el componente de corte: para las variables sociodemográficas se emplearon medidas de estadística descriptiva, tales como proporciones, promedios, media, mediana, desviación estándar y moda, según las características de las variables. Los gráficos se seleccionaron de acuerdo con el nivel de importancia asignado por los investigadores y fueron el histograma de frecuencias para las variables cuantitativas, o gráficos de sectores y barras simples o agrupadas en el caso de variables de tipo cualitativo.

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

A todos los participantes se les explicó su participación en el estudio, y se les solicitó su consentimiento.

La privacidad de la información suministrada se garantizó mediante la aplicación de instrumentos anónimos, creados sin ningún tipo de identificación o código. Los formularios se guardaron bajo llave y fueron vistos y analizados únicamente por los investigadores.

7. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

7.1 DEFINICIÓN DE VARIABLES PARA EVALUACIÓN DEL PROCESO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES A CARGO DEL PROGRAMA

Tabla 4. Evaluación del Proceso por parte de Profesionales

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Profesión	Cualitativa	Nominal	1. Médico. 2. Enfermera.
Experiencia	Cualitativa	Ordinal	1. Menos de 2 años. 2. De 2-5 años 3. De 5 a 10 años. 4. De 10 años.
Tiempo de vinculación en la institución	Cualitativa.	Ordinal.	1. Menos de 2 años. 2. De 2 - 5 años. 3. De 5 a 10 años. 4. Más de 10 años.
Estudios relacionados con el área de acción del CPN.	Cualitativa.	Nominal.	1. Ninguno. 2. Diplomado. 3. Cursos, talleres, seminarios, congresos. 4. Especialización, maestría, doctorado.

Tabla 5. Definición de variables para evaluación de conocimientos sobre el pos-s y la normatividad vigente al personal del CPN

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Conocimiento POS-S	Cuantitativa.	Proporción.	De acuerdo con el porcentaje de respuestas correctas a las preguntas 21 a 26 cuestionario profesionales.
Conocimiento factores riesgo.	Cuantitativa.	Proporción.	De acuerdo con el porcentaje de respuestas correctas a las preguntas 27 a 31 cuestionario profesionales.

Tabla 6. Definición de variables para evaluación de la percepción del CPN por parte del recurso humano

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORIAS
Equipos.	Cualitativa	Nominal.	El área de trabajo cuenta con los equipos mínimos necesarios 1. Si 2. No
Papelería.	Cualitativa.	Nominal.	Se cuenta con los insumos mínimos necesarios 1. Si 2. No
Planeación.	Cualitativa.	Nominal.	Considera que la planeación y la organización del programa es adecuada 1. Si 2. No

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORIAS
Procedimientos.	Cualitativa.	Nominal.	Los procedimientos utilizados en el programa corresponden a 1. Protocolos y Guías integrales de atención. 2. Consensos publicados. 3. Decisiones individuales. 4. Otra (Cuál?)
Duración consulta.	Cuantitativa.	Razón.	Cuantos minutos dura una consulta de CPN realizada por UD. Tiempo en minutos.
Estándar	Cualitativa.	Nominal.	Considera que el estándar de consulta / tiempo establecido por la institución es el adecuado 1. Si. 2. No.
Actividades educativas.	Cualitativa.	Nominal.	Conoce ud las actividades educativas que se realizan en la institución 1. Sí. 2. No.
Curso psico-profiláctico.	Cualitativa.	Nominal.	Ha participado Ud de las actividades del curso psico-profiláctico 1. Si 2. No
Evaluación psicosocial	Cualitativa.	Nominal.	Realiza Ud una evaluación completa de los factores de riesgo psicosociales 1. Sí. 2. No.
Seguimiento Domiciliario.	Cualitativa.	Nominal.	Recibe, o conoce Ud los reportes de seguimiento domiciliario a las gestantes de alto riesgo 1. Sí. 2. No.

7.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES PARA EVALUACIÓN DEL PROCESO DEL CPN A PARTIR DE LAS HC

Tabla 7. Variables para evaluación del proceso del CPN

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIAS
Registro edad.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2. No. 3. No aplica.
Registro antecedentes.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2 No. 3. No aplica.
Registro signos vitales	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2. No. 3. No aplica.
Registro peso.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2. No. 3. No aplica.
Registro altura uterina.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2. No. 3. No aplica.
Registro posición fetal.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2. No. 3. No aplica.
Registro fetocardia.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2. No. 3. No aplica.

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIAS
Registro actividades educativas.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2. No. 3. No aplica.
Citología vaginal.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2. No. 3. No aplica.
Registro edad gestacional.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2.No. 3.No aplica.
Registro exámenes laboratorio.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2. No. 3. No aplica.
Solicitud Ecografías.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2. No. 3 No aplica.
Registro seguimiento domiciliario.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2. No. 3. No aplica.
Registro Dx. Obstétrico.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2. No. 3. No aplica.
Conducta escrita.	Cualitativa.	Nominal.	1. Sí. 2. No. No aplica.
Historia legible.	Cualitativa.	Nominal.	1.Si. 2.No. 3.No aplica.

Consulta primer trimestre.	Cualitativa.	Nominal.	1.Si. 2.No. .No aplica.
----------------------------	--------------	----------	-------------------------------

7.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES PARA EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES PARA USUARIAS DEL CPN

Tabla 8. Variables para evaluación de conocimientos y actitudes para usuarias del CPN

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORÍAS
Edad usuaria	Cuantitativa.	Razón.	Según número de años.
Estado civil usuaria.	Cualitativa.	Nominal.	1.Soltera. 2.Casada. 3.Separada. 4.Viuda. 5.U. libre.
Escolaridad usuaria.	Cualitativa	Nominal	1.Ninguna. 2.Primaria. 3.Secundaria. 4.Universitaria. 5.Técnica. 6.Otra.

Ocupación actual usuaria	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudiante. 2. Empleada. 3. Hogar. 4. Desempleada. 5. Pensionada. 6. Independiente. 7. Otra.
Mes inicio control.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primer trimestre. 2. Segundo trimestre. 3. Tercer trimestre.
Tiempo espera para la primera cita.	Cualitativa.	Ordinal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos 1 día. 2. Entre 1 día y 1 semana. 3. Entre 1 semana y 2 semanas. 4. Más de 2 semanas.
Sugirió control.	Cualitativa	Nominal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente. 2. Padres. 3. Esposo. 4. Familiar. 5. Amigo. 6. Trabajador salud. 7. Otro.
Frecuencia incumplimiento.	Cualitativa.	Ordinal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca. 2. Menos 3 veces. 2. De 3 a 5 veces. 3. Más de 5 veces.

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORÍAS
Causa incumplimiento.	Cualitativa	Nominal.	1.Falta tiempo. 2.Falta dinero. 3.incapacitada. 4.Falta Acompañamiento 5.No importantes.
El medico o enfermera le dio una Explicación sobre el programa	Cualitativa	Nominal.	1.Si. 2.No.
Visita domiciliaria referida.	Cualitativa	Nominal.	1.Si. 2.No.
Información escrita.	Cualitativa	Nominal.	1.Si. 2.No.
Charlas informativas	Cualitativa	Nominal.	1.Si. 2.No.
Programación curso.	Cualitativa	Nominal.	1.Si. 2.No.
Puntualidad atención.	Cualitativa	Nominal.	1.Si. 2.No.
Suficientes citas.	Cualitativa	Nominal.	1.Si. 2.No.
Asistir al CPN le ha ayudado a mantener su estado de salud.	Cualitativa	Nominal.	1.Si. 2.No.
Recomendaría a otras personas asistir al programa de CPN de la IPS.	Cualitativa	Nominal.	1.Si. 2.No.

Relación personal asistencia	Cualitativa	Nominal.	1.Buena. 2.Regular. 3.Mala.
Satisfacción general frente al programa y la atención recibida.	Cualitativa	Nominal.	1.Si. 2.No.
Tiempo asistencia.	Cualitativa.	Ordinal.	1.De 1 a 3 meses. 2.De 3 a 6 meses. 3.De 6 a 9 meses.
Conocimiento de signos de alarma.	Cuantitativa.	Razón.	% Según número de respuestas correctas a las preguntas 24 a 31 cuestionario usuarias.

7.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES PARA EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE CPN

Tabla 9. Variables para evaluación de la estructura del programa de CPN

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORÍAS
Puntaje planta física	Cuantitativa.	Razón.	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos.
Rango planta física.	Cualitativa	Nominal.	1. Alto. (> de 80%) 2. Medio. (Entre 60% - 80%) 3. Bajo. (< de 60%)
Puntaje recursos materiales.	Cuantitativa.	Razón.	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos.
Rango recursos materiales.	Cuantitativa.	Nominal.	1. Alto. (> de 80%) 2. Medio. (Entre 60% - 80%) 3. Bajo. (< de 60%)
Puntaje recursos humanos.	Cuantitativa.	Razón.	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos.

Rango recursos humanos.	Cualitativa.	Nominal.	1. Alto. (> de 80%) 2. Medio. (Entre 60% - 80%) 3. Bajo. (< de 60%)
Puntaje suministros y servicios apoyo.	Cuantitativa.	Razón.	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos.
Rango suministros y servicios apoyo.	Cualitativa.	Nominal.	1. Alto. (> de 80%) 2. Medio. (Entre 60% - 80%) 3. Bajo. (< de 60%)
Puntaje educación para la salud.	Cuantitativa.	Razón.	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos.
Rango educación para la salud.	Cualitativa.	Nominal.	1. Alto. (> de 80%) 2. Medio. (Entre 60% - 80%) 3. Bajo. (< de 60%)
Puntaje normas y procedimientos.	Cuantitativa.	Razón.	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos.
Rango normas y procedimientos.	Cualitativa.	Nominal.	1. Alto. (> de 80%) 2. Medio. (Entre 60% - 80%) 3. Bajo. (< de 60%)
Puntaje gerencia y administración.	Cuantitativa.	Razón.	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos.
Rango gerencia y administración.	Cualitativa.	Nominal.	1. Alto. (> de 80%) 2. Medio. (Entre 60% - 80%) 3. Bajo. (< de 60%)
Puntaje global estructura.	Cuantitativa.	Razón.	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos.
Rango global estructura.	Cualitativa.	Nominal.	1. Alto. (> de 80%) 2. Medio. (Entre 60% - 80%) 3. Bajo. (< de 60%)

8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

8.1 ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE CPN DE LA IPS COMFAMILIAR:

La estructura se analizó a partir del instrumento para verificación de condiciones de estructura y a partir de 3 preguntas claves realizadas a los profesionales dentro de su instrumento, con el fin de analizar la percepción de quienes laboran en la IPS en cuanto a la estructura física de las áreas destinadas para la atención del CPN.

El porcentaje de cumplimiento sirvió para ubicar dentro de un rango de calificación cada uno de los componentes evaluados que son: estructura - física, materiales, suministros, recursos humanos, educación, normas y procedimientos, gerencia y administración, tal como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 10. Estructura para la prestación de servicios de control prenatal en la IPS Comfamiliar del Huila primer nivel nov 2004 – Agosto 2005

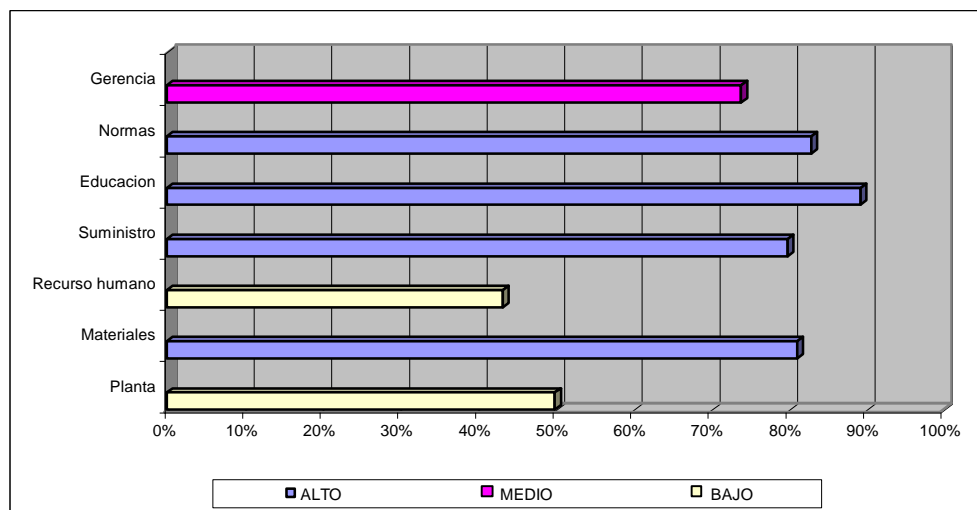
ITEM	PUNTAJE OBTENIDO	% PROMEDIO	RANGO DE CALIFICACION
PLANTA FISICA - ESTRUCTURA	90	50	BAJO
RECURSOS MATERIALES	130	81.2	ALTO
RECURSOS HUMANOS	65	43.3	BAJO
SUMINISTROS Y REGISTROS	240	80	ALTO
EDUCACION PARA LA SALUD	170	89.4	ALTO
NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	215	83	ALTO
GERENCIA Y ADMINISTRACION	260	74	MEDIO
GENERAL	1170	73.5	MEDIO

En cuanto a la estructura física, se encontró un puntaje promedio de 50% lo que indica que la calificación se encuentra en rango bajo, Se evaluó el ítem de materiales, donde se obtuvo un puntaje promedio de 81.2% - rango Alto.

En cuanto a los recursos humanos disponibles para el control prenatal, obtuvieron un promedio de 43.3% por lo tanto la calificación se ubica en el rango bajo. El puntaje promedio obtenido para la evaluación del ítem suministros fue de 80% dicha calificación corresponde al rango alto.

En el ítem normas y procedimientos, el promedio es 83% por lo tanto la calificación es alta y finalmente, en el ítem de gerencia y administración, el promedio fue del 74% lo que indica una calificación de rango medio.

Gráfica 1. Calificación de la estructura del programa de CPN de la IPS COMFAMILIAR



El puntaje total obtenido a lo largo de la evaluación global de estructura estuvo ubicado en la mayoría de los ítems dentro de un rango alto(57.1%), seguido por los ítems que obtuvieron calificación baja con un 28.57, solo uno de los factores evaluados puntuó en el rango bajo.

Posteriormente se procedió a sumar los totales de la calificación de cada uno de los factores y en total se obtuvo una calificación Media para la estructura de la IPS Comfamiliar en cuanto a la prestación de servicios en el CPN. Lo que indica que se tiene una estructura aceptable en términos generales.

- Hallazgos a partir del cuestionario para profesionales:

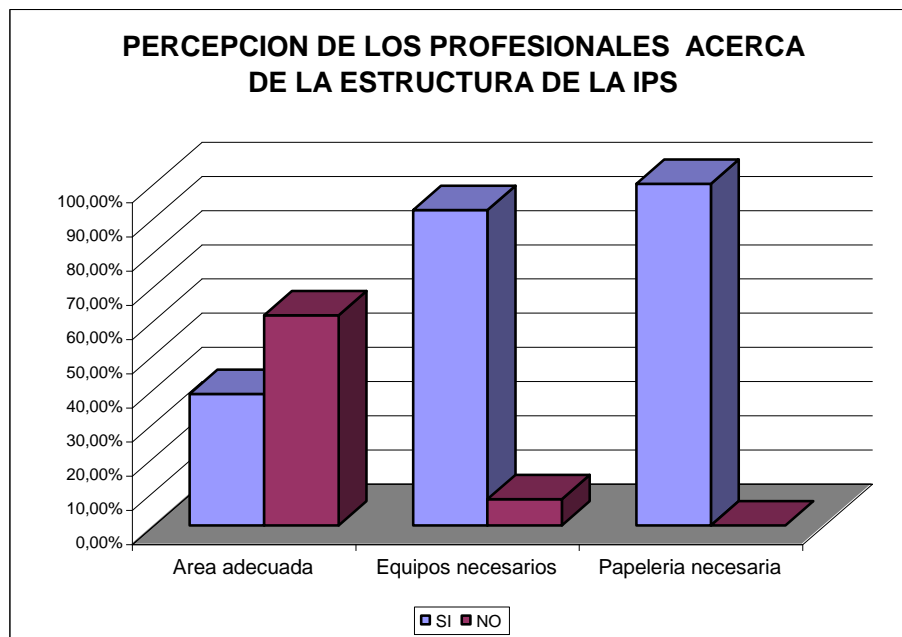
Por otra parte los profesionales que laboran en la IPS perciben la estructura física de la IPS de la siguiente manera:

Un 61.54% de los participantes piensa que a su juicio no cuentan con un área física de trabajo adecuada para realizar las actividades del CPN; el 38.46% piensa que el área de trabajo si es adecuada; En cuanto a los equipos mínimos

necesarios para la prestación del servicio el 92.3% considera que siempre cuenta con lo necesario y el 7.7% considera que los suministros no son suficientes para la atención en el programa.

El 100% dijo que contaba de manera permanente y oportuna con la papelería necesaria para el programa.

Gráfica 2. Percepción de los profesionales acerca de la estructura de la IPS



8.2 ANÁLISIS DEL PROCESO DEL PROGRAMA DE CPN DE LA IPS COMFAMILIAR:

El proceso se analizó a partir del cuestionario para historias clínicas y del cuestionario para profesionales a cargo del CPN en la IPS Comfamiliar, en el cual se evaluaron los siguientes ítems:

Tabla 11. Evaluación del proceso de control prenatal a partir de historias clínicas IPS COMFAMILIAR del Huila

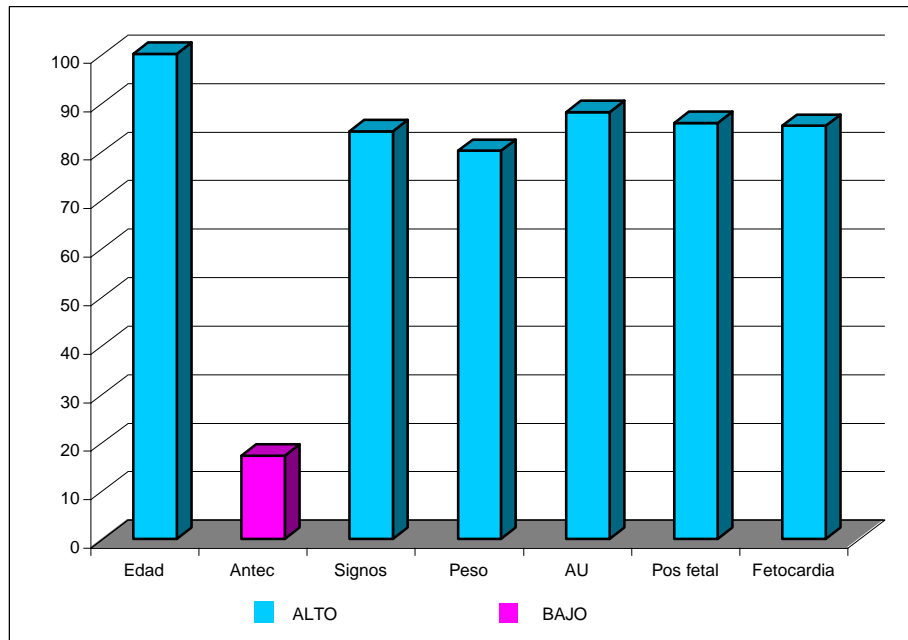
ASPECTO EVALUADO	No HC CON REGISTRO	% REGISTRO	RANGO DE CALIFICACION
Edad paciente	175	100	Alto
Antecedentes completos	30	17.14	Bajo
Signos vitales en todos los controles	147	84	Alto
Peso paciente	140	80	Alto
Altura uterina en cada control	154	88	Alto
Posición fetal último trimestre	150	85.71	Alto
Fetocardia ultimo trimestre	149	85.14	Alto
Registro actividades educativas	166	94.85	Alto
Registro citología del último año	0	0	Bajo
Edad gestacional	142	81.14	Alto
Resultados paraclínicos solicitados	140	80	Alto
Solicitud de adecuado número de ecografías según edad gestacional	166	94.85	Alto
Registro seguimiento domiciliario de gestantes con factores de riesgo	0	0	Bajo
Diagnóstico obstétrico registrado	140	80	Alto
Conducta del paciente escrita	157	89.71	Alto
Letra legible	84	48	Bajo
Registro primer control en el primer trimestre de gestación	117	66.85	medio

- Hallazgos a partir del cuestionario para Historias Clínicas:

De acuerdo con la programación inicial Se evaluaron 175 historias clínicas, La edad del paciente estuvo registrada en 100% de las historias; los antecedentes se registraron completos en 17.14% de estas, el 84% tenía registro de signos vitales en todas las atenciones y en el 80% de los casos se había registrado el peso de la paciente. El 12% no tenía dato de altura uterina y el 14.29% no tenía dato de posición fetal en el tercer trimestre, el 85.14% tenía registro de fetocardia

en el tercer trimestre y Un 66.85% de las pacientes empezó su control en el primer trimestre de gestación.

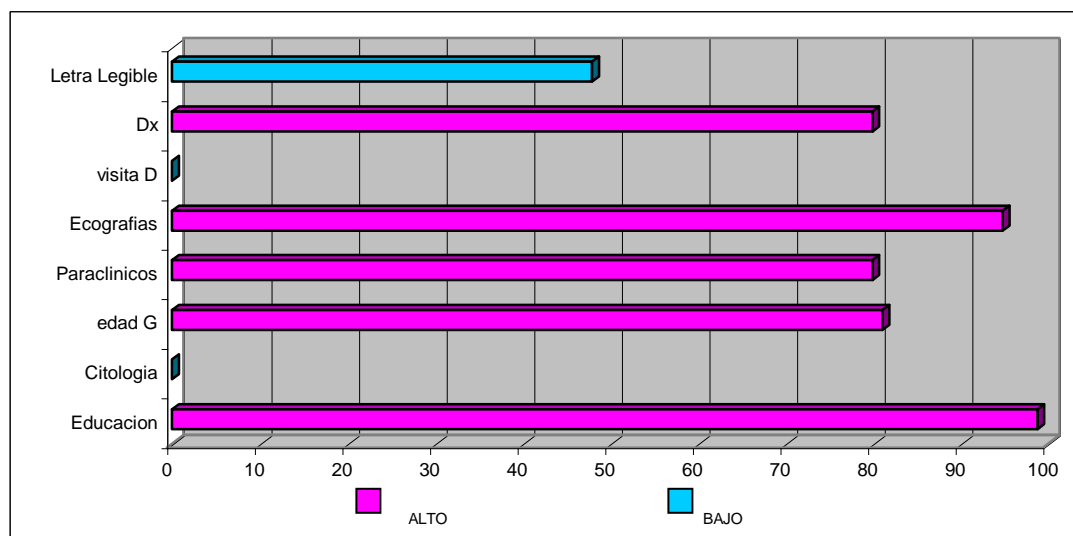
Grafica 3. Porcentaje de registro en la historia clínica I



Se encontró registro de las actividades educativas en el 94.85% de las historias, no se encontró registro de realización de citología vaginal en el último año en el 100% de las historias y el registro de la edad gestacional en todos los controles se observó en el 81.14% de las historias.

Los resultados de los exámenes prenatales solicitados estuvieron registrados en la historia clínica en el 80%. Se solicitó el número de ecografías requerido en 94.85% de los casos. No se registró el seguimiento domiciliario a gestantes de alto riesgo en el 100% de los casos y se dejó de registrar el diagnóstico obstétrico en el 20% de las historias revisadas. La conducta adoptada con la paciente apareció explícita en 89.71% de los casos. Y solo el 48% de las historias estaba diligenciado con letra legible.

Grafica 4. Porcentaje de registro en la historia clínica II



En promedio, el 70,58% de los ítems evaluados en las Historia tiene un puntaje alto de registro y un 23.52% tienen un porcentaje bajo de registro.

- Hallazgos a partir del cuestionario para profesionales a cargo del programa de CPN:

Tabla 12. Caracterización de a partir del cuestionario para profesionales a cargo del programa de en la IPS COMFAMILIAR del Huila

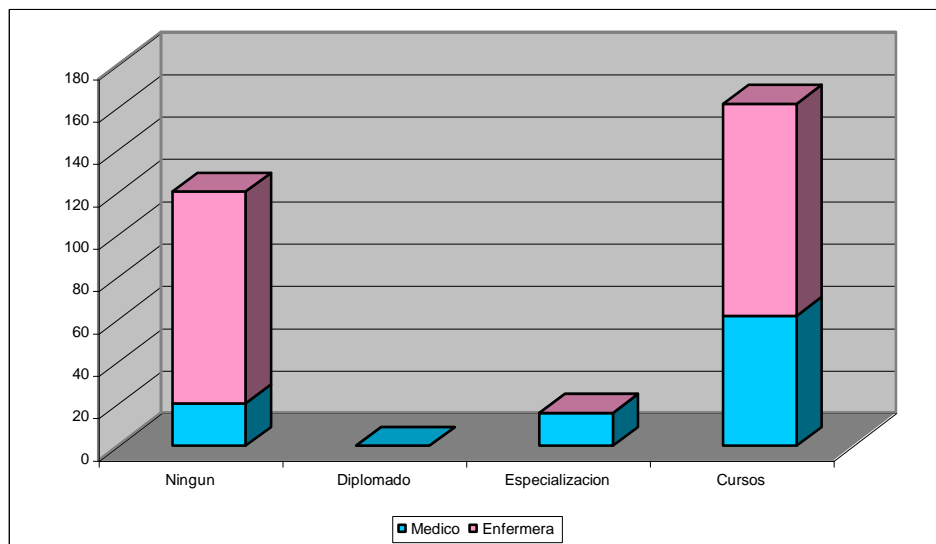
FACTOR ANALIZADO	ITEMS	No DE RESPUESTAS	PORCENTAJE %
Profesión	Medico	11	84.6
	Enfermera	2	15.4
Años de experiencia en el programa CPN	Menos de 2 años	3	23.2
	De 2 a 5 años	4	30.7
	De 5 a 10 años	0	0
	Mas de 10 años	6	46.1
Tiempo de vinculación a la institución	Menos de 2 años	4	30.7
	De 2 a 5 años	2	15.4
	De 5 a 10 años	3	23.2
	Mas de 10 años	4	30.7

Estudios en áreas relacionadas con el CPN	Ninguno	3	23.2
	Diplomado	0	0
	Especialización	2	15.4
	Cursos talleres seminarios	8	61.4

La IPS Comfamiliar cuenta dentro de los profesionales que laboran el programa de CPN con 11 médicos y 2 enfermeras, en cuanto a la experiencia se encontró que el 46.1% de los profesionales vinculados a la institución cuentan con mas de 10 años de experiencia en programas de control prenatal; en cuanto al tiempo que llevan laborando en la empresa tenemos que el 30.7% lleva mas de 10 años de vinculación con la IPS, el 23.2% lleva de 5 a 10 años y el resto de profesionales tienen una vinculación menor de 5 años.

En cuanto a los estudios relacionados con el área del CPN tenemos que el 15.4% de los profesionales son especialistas en Ginecología y Obstetricia y el 61.4% han realizado cursos talleres o seminarios relacionados con el programa de atención a las embarazadas.

Grafica 5. Estudios realizados por los profesionales de la IPS COMFAMILIAR en relación con el área del CPN



En cuanto a la percepción de los profesionales a cargo del programa el 53.9% considero que la planeación del CPN no es adecuada, de igual manera el mismo

porcentaje de profesionales considero que hay deficiencia en algún proceso dentro del programa. Al realizar el análisis se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la percepción inadecuada de la planeación y organización del programa de CPN con la consideración de que hay deficiente planeación en alguno de los procesos. (p: 0,0083164216)

En cuanto al tipo de procedimientos utilizados como base para la toma de decisiones clínicas con las usuarias de control prenatal, la mayor parte de los profesionales afirmo utilizar los protocolos o consensos publicados con un 69.24% por otra parte el 15.38% afirmó tomar decisiones clínicas apoyado primordialmente en sus criterios personales y el mismo porcentaje de profesionales afirmo apoyarse en consensos formales. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la calificación de conocimientos sobre el Pos-s y la elección de procedimientos de evaluación, Dx e intervenciones (p: 0,0113) se observa que aquellos profesionales que conocen bien la norma, utilizan estos protocolos para toma de decisiones.

Los profesionales afirmaron que en promedio, sus consultas de control prenatal duran 23.46 minutos (mínimo: 20 minutos; máximo: 30 minutos; moda: 20 minutos; mediana 20 minutos). El 69.23% consideró que el estándar de duración establecido en la IPS para la realización de la actividad resulta suficiente para la prestación del servicio.

El 69.23% manifestó conocer las actividades educativas que la IPS realiza a las gestantes, y solo el 38.46% ha participado en ellas. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento de las actividades educativas y la participación en ellas. (P: 0,0242306997)

El 76.92% afirmó que realiza una evaluación completa de los factores de riesgo psicosociales. Así mismo, sólo el 15.38% manifestó que conoce el seguimiento domiciliario que la IPS realiza a las Gestantes de alto riesgo. Se encontró una asociación significativamente estadística entre la evaluación de factores de riesgo y los conocimientos de los profesionales generales en torno al enfoque de riesgo en las gestantes (p: 0,0190), quienes obtuvieron una calificación media o alta en conocimientos, realizan una evaluación detallada de los factores de riesgo.

Solo en un 38.46% de los casos los profesionales conocían el portafolio de servicios del CPN. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la profesión y el conocimiento del portafolio de servicios de la empresa. (p: 0,0518134399)

En cuanto a los conocimientos del POS-S en los profesionales a cargo del CPN se encontró:

Tabla 13. Análisis de conocimientos generales del pos-s a partir del cuestionario para profesionales de la IPS COMFAMILIAR del Huila

FACTOR ANALIZADO	ITEMS	No DE RESPUESTAS	PORCENTAJE %
No Controles Por medico en una gestante de bajo riesgo	1	0	0
	5	5	38.46
	3	8	61.54
No controles por enfermería en una gestante de bajo riesgo	7	6	46.16
	5	2	15.38
	6	5	38.46
No de dosis de TD deben ser aplicadas a la gestante	1 Dosis	2	15.38
	2 Dosis	11	84.62
	3 Dosis	0	0
No ecografías obstétricas contempladas	1	0	0
	2	8	61.54
	3	4	30.76
	4	1	7.7

RANGO DE CONOCIMIENTOS DEL POS-S	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
alto	6	46,2%	46,2%	
medio	3	23,06%	69,26%	
Bajo	4	30,74%	100,0%	
Total	13	100,0%	100,0%	

Las tablas muestran que el 46.16% tienen un rango alto de conocimientos, el 23.08% obtuvo un rango medio de conocimientos y el 30.76% obtuvo una





calificación baja; lo cual indica que no se está capacitando de manera adecuada al personal de la IPS.

Al evaluar el grado de conocimientos generales sobre control prenatal, empleando como indicador el porcentaje de respuestas acertadas a una serie de preguntas sobre el tema elaboradas por el grupo de ginecoobstetras consultados, a partir de literatura nacional publicada, se encontró que el 53.84% de los participantes se ubicó en el rango medio de conocimientos; el 38.46% de los profesionales se ubicó en el rango alto y el 7.7% obtuvo una calificación baja.

Tabla 14. Análisis de conocimientos generales en torno al enfoque de riesgo de la gestante a partir del cuestionario para profesionales de la IPS COMFAMILIAR del Huila

FACTOR ANALIZADO	ITEMS	No DE RESPUESTAS	PORCENTAJE %
No se considera factor de riesgo SEVERO O ELEVADO en la primera mitad de la gestación	Desproporción amenorrea y AU	4	30.76
	Exposición Teratogenicos	0	0
	Izo inmunización	0	0
	Anemia niveles hemo – 9 y 11 gr	5	38.47
	Necesidad de estudios genéticos	4	30.76
Riesgo MODERADO en la primera mitad de la gestación	IVU que no ha cedido al Tto	2	15.38
	VDRL positiva	0	0
	Hiperémesis gravídica severa	0	0
	A y B son ciertas	5	38.46
	A, B y C son ciertas	6	46.16
Riesgo ELEVADO segunda mitad del embarazo	Embarazo 41 semanas	4	30.76
	Desproporción amenorrea y AU	4	30.76
	Enf Trombo embolica	1	7.7
	Gestación Múltiple	4	30.76
	Sospecha de Oligoamniosis	0	0
Riesgo MODERADO segunda mitad del embarazo	Presentación fetal indeterminada	1	7.7
	Presentación flotante	0	0
	Necesidad de practicar estudios madurez fetal	2	15.38
	A y C son ciertas	6	46.16
	Todas las anteriores	4	30.76

FACTOR ANALIZADO	ITEMS	No DE RESPUESTAS	PORCENTAJE %
Paraclínico de elección en nuestra IPS	O Sullivan semana 24 y 28	5	38.46
	O Sullivan semana 28 y 32	1	7.7
	Tolerancia oral a la glucosa 24 y 28	7	53.84
	Tolerancia oral a la glucosa 28 y 32	0	0

CALIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN FACTORES DE RIESGO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
alto	5	38,46%	38,46%	
medio	7	53,84%	92,3%	
Bajo	1	7,7%	100.0%	
Total	13	100,0%	100,0%	

8.3 RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CPN DE LA IPS COMFAMILIAR:

El proceso se analizo a partir del cuestionario de conocimientos y actitudes para las usuarias del CPN de la IPS Comfamiliar en el cual se pudo observar:

De acuerdo con el tamaño de la muestra planeada se encuestaron 45 usuarias. En el momento de diligenciar la encuesta las usuarias se clasificaron así:

Tabla 15. Análisis sociodemográfico de las asistentes al CPN a partir del cuestionario de conocimientos y actitudes de las usuarias de la IPS COMFAMILIAR del Huila

FACTOR ANALIZADO	ITEMS	No DE RESPUESTAS	PORCENTAJE %
Edad de las usuarias	15 – 20 Años	17	37.77
	21 –25 Años	15	33.33
	26 – 30 Años	8	17.77
	31 – 35 Años	4	8.88
	> 35 Años	1	2.22

Estado civil	Soltera	6	13.33
	Casada	7	15.55
	Separada	0	0
	Viuda	0	0
	Unión Libre	32	71.11
	Divorciada	0	0
Ultimo año cursado	Ninguno	0	0
	Primaria	16	35.55
	Secundaria	25	55.55
	Universitaria	2	4.44
	Técnica	2	4.44
	Otro	0	0
Ocupación	Estudiante	4	8.88
	Empleada	3	6.66
	Hogar	34	75.55
	Desempleada	1	2.22
	Pensionada	0	0
	Independiente	3	6.66

El 37.77% de ellas se encontraban entre 15 - 20 años población adolescente en su gran mayoría, seguido por el porcentaje de mujeres entre 21 – 25 años con un 33.33% de las encuestadas. El porcentaje restante corresponde a mayores de 25 años; En cuanto al estado civil de las usuarias el 71.11% manifestó estar en Unión libre con su pareja seguido por el 15.55% que manifiestan estar casadas y finalmente el 13.33% que están solteras.

Por otra parte se observo que la escolaridad de las usuarias corresponde en un 55.55% a secundaria y un 35.55% corresponde a primaria; solo un 8.88% se encuentran formándose en carreras técnicas y universitarias. El 75.55% de las usuarias se dedican al hogar y solamente el 8.88% se encuentra estudiando.

En cuanto al tiempo de asistencia al control prenatal la distribución es la siguiente:

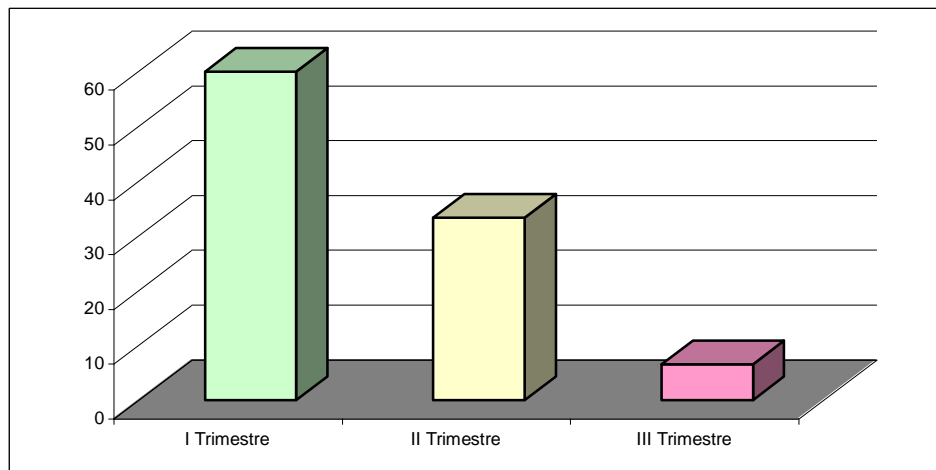
Tabla 16. Análisis de percepción del programa de CPN a partir del cuestionario para usuarias de la IPS COMFAMILIAR del Huila

FACTOR ANALIZADO	ITEMS	No DE RESPUESTAS	PORCENTAJE %
Tiempo de embarazo cuando empezó a asistir al CPN	1 A 3 Meses	27	60
	3 A 6 Meses	15	33.33
	6 A 9 Meses	3	6.66
Tiempo esperado para que la atendieran en la primera cita	Menos de 1 día	22	48.88
	De 1 día a 1 semana	13	28.88
	De 1 a 2 semanas	3	6.66
	Mas de 2 semanas	7	15.55
Quien sugirió iniciar el CPN	Ud misma	27	60
	Sus padres	7	15.55
	Esposo o Compañero	3	6.66
	Hermano o Familiar	3	6.66
	Amigo/a	0	0
	Trabajador de salud	5	11.11
	Otra persona	0	0
Frecuencia con que ha faltado al CPN	Nunca	39	86.66
	Menos de 3 veces	6	13.33
	Entre 3 y 5 veces	0	0
	Mas de 5 veces	0	0
Razón por la que no ha asistido al CPN	Falta tiempo	0	0
	Falta dinero	2	4.44
	Incapacidad para desp.	0	0
	No tiene compañía	0	0
	No le parece importante	0	0
	Otras	4	8.88

El 44.44% de las usuarias encuestadas llevaban de 1 a 3 meses de asistir al programa, el 28.88% llevaba de 3 a 6 meses y el 26.66% llevaba de 6 a 9 meses asistiendo al CPN en la Institución.

Las usuarias manifestaron en un 60% haber empezado a asistir al programa de CPN entre el primer y el tercer mes de embarazo, el 33.33% manifestó haber empezado el CPN del tercer al sexto mes y solamente un 6.66% llegó al programa en el último trimestre de gestación.

Grafica 6. Tiempo de gestación de las usuarias cuando empezaron a asistir al CPN



El tiempo de espera entre la solicitud de la cita y la atención fue menor de un día en el 48.88% de los casos en el 28.88% entre un día y una semana y en el porcentaje restante mayor de una semana.

En la mayoría de los casos, el inicio del control prenatal se debió a iniciativa de la propia paciente con un 60% de las encuestadas el 15.55% de ellas respondieron que sus padres le sugirieron asistir al CPN, en un 11.11% el trabajador de la salud sugirió el control y el porcentaje restante fue sugerido por su esposo o algún familiar.

El 86.66% de las encuestadas dijo no haber faltado nunca a las actividades programadas dentro de su control prenatal. Entre las que tuvieron ausencias, el motivo más frecuente fue la falta de dinero para el transporte.

En cuanto a la atención del control prenatal los hallazgos son los siguientes:

Tabla 17. Análisis de la atención del programa de CPN a partir del cuestionario de conocimientos y actitudes de las usuarias de la IPS COMFAMILIAR del Huila

FACTOR ANALIZADO	ITEMS	No DE RESPUESTAS	PORCENTAJE %
La enfermera o medico le explico en que consiste el CPN	Si	39	86.66
	No	6	13.33
La enfermera o medico le explico la importancia de asistir al CPN	Si	42	93.33
	No	3	6.66
El personal de la IPS ha visitado su casa	Si	7	15.55
	No	38	84.44
Le han entregado información escrita	Si	35	77.77
	No	10	22.23
Le han brindado información por medio de charlas	Si	33	73.33
	No	12	26.64
Le han programado citas para asistir al curso psicoprofilactico	Si	27	60
	No	18	40
La han atendido puntualmente	Si	39	86.66
	No	6	13.34
Asistir al CPN le ha servido para mantener un buen estado de salud	Si	42	93.33
	No	3	6.67
En un embarazo posterior Asistiría nuevamente a la IPS	Si	42	93.33
	No	3	6.67
Recomendaría a un Amiga/o asistir a la IPS	Si	45	100
	No	0	0
Relación con los médicos y enfermeras que la atendieron	Buena	41	91.11
	Regular	4	8.88
	Mala	0	0
Esta satisfecha con la atención brindada en la IPS	Si	41	91.11
	No	4	8.88

Tiempo que lleva asistiendo al CPN en la IPS	1 – 3 Meses	20	44.44
	3 – 6 Meses	13	28.88
	6 – 9 Meses	12	26.66
El No de citas que le dan es suficiente	Si	34	75.55
	No	11	24.45

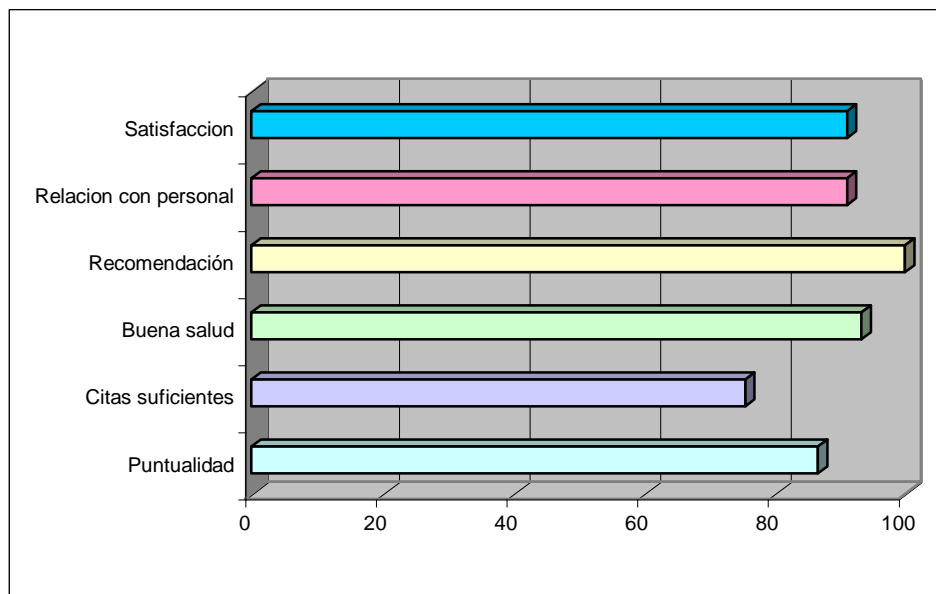
El 86.66% de las usuarias indicó haber recibido inducción al programa por parte del personal de salud, el 93.33% recibió explicación sobre la importancia de la asistencia al CPN y educación en salud durante las consultas. Se encontró una asociación significativa estadísticamente entre la educación brindada dentro de la consulta y diferentes aspectos como:

- La educación que se da en cada control por parte de las enfermeras o médicos del programa de CPN (p: 0,0001555357) y la entrega de información escrita como folletos y volantes con información y educación sobre el CPN (p: 0,0431155658).
- La consideración de acudir nuevamente a la IPS para el CPN en un embarazo posterior (p: 0,0000039119).
- La percepción de las usuarias la suficiencia en la frecuencia de las citas durante el periodo de gestación. (p: 0,0184612782).
- La percepción de las usuarias sobre la disminución en complicaciones durante el embarazo y el mantenimiento del buen estado de salud (p: 0,0000039119),
- También se relaciono con la afirmación de que recomendaría a otras personas que asistieran al CPN en esta IPS (p: 0,0010470947); en general con la percepción de satisfacción con la atención recibida en el programa por parte de la usuaria (p: 0,0010470947).

Solamente el 15.55% dijo haber sido visitada en su casa por un miembro del equipo de salud; el 77.77% manifestó haber recibido información escrita (volante y folletos informativos) y el 73.33% afirmó haber recibido educación por medio de charlas; se observo una relación estadísticamente significativa entre la entrega de material educativo y la educación brindada por medio de charlas o talleres. (p: 0,0001070740) el 60% de las usuarias confirmo haber recibido información formal y programación de cita para la asistencia al programa psicoprofilactico estructurado. De igual manera se encontró asociación entre la educación recibida en charlas y la invitación formal por medio de citas programadas para la asistencia al curso psicoprofilactico. (p: 0,0038532168).

El 86.66% consideró que recibió su atención con puntualidad y el 75.55% estimó que la frecuencia de las citas fue adecuada y suficiente para sus necesidades; se encontró una relación estadísticamente significativa entre la percepción de puntualidad en la atención y la frecuencia suficiente de citas en el programa de CPN. (p: 0,0124002268) Un 93.33% considero que asistir al CPN le ha servido para mantener un buen estado de salud y la misma proporción de usuarias afirmo que en un embarazo posterior asistiría nuevamente a la IPS. Encontrándose una relación estadísticamente significativa entre ellas. (p: 0,0013845439) de igual manera se encontró relación entre que la afirmación de recomendar a otras personas la utilización de los servicios del CPN de la IPS y la percepción de satisfacción con la consideración de que el CPN le ayudo a la usuaria a mantener un buen estado de salud durante el embarazo. (p: 0,0000039119).

Grafica 7. Percepción de las usuarias respecto a los servicios del programa de CPN



En un 91.11% de los casos las gestantes manifestaron que recomendarían a una amiga o familiar para que asistiera al programa de CPN de la IPS; de igual manera el 91.11% de las usuarias encuestadas afirmo tener una buena relación con los médicos y las enfermeras que la atendieron, solo en el 8.88% de los casos manifestaron que la relación con los profesionales fue regular. Por otra parte se encontró una relación estadísticamente significativa entre la manifestación de recomendación a otras personas y la afirmación de acudir nuevamente en un embarazo posterior a la IPS. Finalmente el 91.11% de las gestantes se sintieron satisfechas con la atención brindada en la IPS y esta percepción de satisfacción se asocia con la manifestación de recomendación de los servicios del CPN de la IPS. (p: 0,0000039119)

En cuanto a los signos de alarma, se encontró:

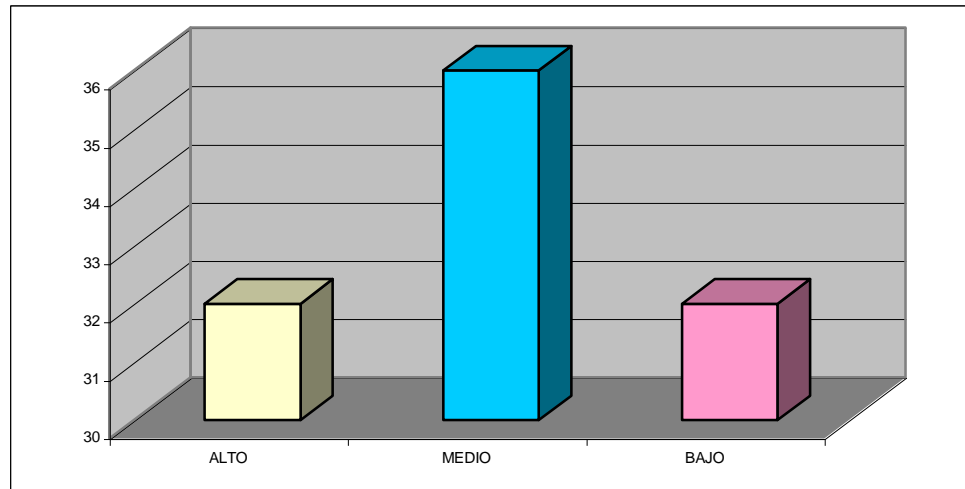
Tabla 18. Análisis de la identificación de factores de riesgo por parte de las gestantes a partir del cuestionario de para usuarias de la IPS COMFAMILIAR del Huila

FACTOR	IDENTIFICO COMO FACTOR DE RIESGO	PORCENTAJE %	NO IDENTIFICO COMO FACTOR DE RIESGO	PORCENTAJE %
Salida de liquido por la vagina	39	86.66	6	13.33
Inflamación de cara y dedos	21	46.66	24	53.33
Hemorragia vaginal	15	33.33	30	66.66
Vomito abundante y continuo	14	31.11	31	68.88
Dolor de cabeza	26	57.77	19	42.22
Visión borrosa y puntos brillantes	33	73.33	12	26.66
Dolor de estomago	30	66.66	15	33.33
Escalofríos y fiebre	36	80	9	20

CALIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
alto	14	31,1%	31,1%	
medio	16	35,6%	66,7%	
bajo	15	33,3%	100,0%	
Total	45	100,0%	100,0%	

No fueron reconocidos como signos de alarma por las usuarias: la hemorragia leve en 66.66%, la hiperhemesis en 68.88%, la inflamación de cara y dedos en un 53.33%, la cefalea intensa en 42.22%, el dolor abdominal en 33.33% las alteraciones visuales en 26.66%, y la fiebre en 20%.

Grafica 8. Reconocimiento de signos de alarma por parte de las usuarias



El general de acuerdo al reconocimiento de los signos de alarma por las usuarias las encuestadas tuvieron en un 32% conocimientos altos en 36% conocimientos en rango medio y el 32% se encontró en el rango bajo de calificación en conocimientos.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el rango de calificación obtenida por las gestantes y la programación y asistencia al curso psicoprofiláctico. (p: 0,0598).

9. DISCUSIÓN

La información sobre la salud materno-perinatal de la IPS es de vital importancia debido a la relación de estos dos grupos con las estrategias del contexto regional y las políticas de desarrollo implementadas en el último año como el plan de choque para la reducción de la muerte materno-perinatal; este estudio proporciona importantes puntos de referencia válidos para el diseño y revisión de las políticas institucionales en cuanto al programa de CPN.

Analizar el programa desde el punto de vista de los profesionales, las usuarias y los registros, es una fortaleza del estudio ya que cuando se evaluó un mismo aspecto desde la percepción de los diferentes actores se encontró concordancia entre los resultados, por ejemplo el 60% de las usuarias encuestadas manifestó iniciar su CPN en el primer trimestre de gestación, y por medio de los registros de la Historia Clínica se pudo reafirmar que un 66.8% de las embarazadas llegan al control prenatal durante el primer trimestre.

Si comparamos con otros estudios realizados a nivel nacional podemos observar que en el 2000 La evaluación del CPN del Hospital de Kennedy encontró que el 50%¹³ de las gestantes realizan su primera visita en el primer trimestre de gestación, y por otra parte la Encuesta Nacional de demografía y salud muestra que en Colombia el 49.2%¹⁴ de las gestantes asisten al CPN durante los primeros tres meses de gestación, por lo tanto se observa que ese estándar es superado en el programa evaluado lo que indica que las estrategias de captación realizadas en la IPS Comfamiliar son adecuadas.

Al comparar con la literatura internacional se puede observar que países como México presentan en un bajo porcentaje de captación temprana al CPN con un 20% de las embarazadas adolescentes, y en general con un 36.7% del total

¹³ URREGO MENDOZA y Colaboradores. Evaluación del Control prenatal en el Hospital de Kennedy primer nivel ese Bogotá 1999-2000.

¹⁴ OJEDA, ORDÓÑEZ, OCHOA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000. salud sexual y reproductiva en Colombia. Profamilia, Salud Materno infantil pag 107.

general de embarazadas¹⁵, en otros países mas desarrollados como Estados Unidos encontramos que el 75% de las gestantes acuden dentro del primer trimestre de gestación, esto indica que aun en nuestro país y mas concretamente en nuestra región se han logrado avances significativos, pero es importante seguir reforzando en la comunidad los conceptos de salud materna y la utilización de los servicios de salud.

En cuanto a los procesos de registro en la HC encontramos en la IPS un porcentaje alto de registro en edad (100%), lo que concuerda con otro estudio nacional en cuanto al mismo ítem con un registro de (99.1%), en algunos casos como en el registro del diagnostico obstétrico (80%), las actividades educativas (94.85%), la solicitud del numero de ecografías según edad gestacional (94.85%) y el resultado de paraclínicos (80%) –calificados como altos en la IPS- difieren notablemente de los resultados encontrados en el estudio mencionado, donde para todos estos ítems se encuentra un porcentaje bajo (< 60%) o medio en el caso de el numero de ecografías (64.7%)¹⁶; esto indica que los procesos implementados por los procesos de calidad en el comité de HC de la IPS han ajustado la calidad del registro acercándose cada vez mas a lo recomendado por la normatividad vigente.

Dentro del análisis de los registros de HC también se encontraron diferencias en algunos puntos, donde la IPS se encuentra en un porcentaje bajo de registro y que para la investigación mencionada se encontraron como altos(<80%), estos son los antecedentes completos (17.14%) y la letra legible en la HC (48%), es importante que estos aspectos sean tenidos en cuenta dentro de los temas tratados en las capacitaciones y reuniones medicas, es importante realizar una mayor auditoria por parte del comité de HC de la IPS con el fin de mejorar estas debilidades.

Finalmente dentro del proceso de registro se encontró concordancia entre los dos estudios en el bajo registro de citologías en el ultimo año (6.7%) y el seguimiento domiciliario a las gestantes con factores de riesgo (47.4%), Aunque cabe anotar que en los registros de la IPS la situación es preocupante ya que el nivel de registro de estas dos actividades se encuentra en (0%)

¹⁵ <http://scielo-mx.bus.sr/scielo.php2pid>. Perinatología y reproduction Humana. V 16 No 1 Mexico DF enero/marzo de 2002.

¹⁶ URREGO MENDOZA y Colaboradores. Op cit.

En cuanto al análisis sociodemográfico de las asistentes al CPN de la IPS Comfamiliar se encontró que un (37.77%) de las mujeres embarazadas se encuentran entre los 15 – 20 años, lo que supera notablemente lo encontrado en la encuesta nacional de demografía salud 2000 que afirma que el (19%) de los nacimientos en este año se dieron en mujeres menores de 20 años. De acuerdo al estado civil en el momento de asistencia al programa encontramos que un (71.11%) se encontraban en unión libre, este porcentaje es notablemente mayor al reportado por la evaluación realizada en el Hospital de Kennedy donde se encontró un (49.5%) de embarazadas en Unión libre, la compañía de una pareja durante el periodo gestacional proporciona de alguna manera a la embarazada cierta estabilidad emocional que en ese instante constituye un factor importante en cuanto a la red de apoyo de la adolescente; aunque se debe tener en cuenta que este tipo de relaciones sin vinculo legal pueden mas adelante ser un factor de riesgo en la dinámica familiar. El resultado encontrado en este estudio es mas acorde a una publicación encontrada en el boletín epidemiológico quincenal del INS en el que se menciona que en el 2003 el promedio de UL en mujeres embarazadas es del (79%) lo que indica que en nuestro estudio se presento un comportamiento parecido al encontrado por el INS.

En cuanto al ultimo año cursado en la población asistente al programa se encontró que el (55.55%) había cursado la secundaria y el (35.55%) la primaria únicamente, este porcentaje concuerda con el encontrado en la evaluación del CPN del Hospital de Kennedy con un (58.3%) de población con secundaria y un (32.3%) con primaria únicamente, también se puede relacionar con el porcentaje mencionado por el boletín epidemiológico del INS que encontró un (60%)¹⁷ de mujeres embarazadas que han cursado completa la secundaria.

Este análisis de la composición de la población debe servir para generar estrategias que permitan profundizar en la dinámica reproductiva de las mujeres y concientizarlas de la importancia de la planificación familiar, también se debe tener en cuenta para dichas estrategias que el nivel cultural ha mejorado progresivamente en el país y en la región por lo tanto se deben buscar nuevas formas de comunicación dentro de los establecimientos escolares teniendo en cuenta que la mayor parte de nuestra población de mujeres en edad fértil se encuentran vinculadas de alguna manera al sistema educativo.

17

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe epidemiológico quincenal. Mortalidad materna. Vol 8, Numero 9, Bogota DC, 15 de mayo de 2003. Pag 145-160.

Por otra parte se observó que en cuanto a la oportunidad para el acceso a los servicios de la IPS en el programa de CPN el promedio de tiempo esperado para que la atención en la primera cita, fue menor de un día en el (48.88%), en el (28.88%) menor de una semana y el porcentaje restante en un tiempo mayor de una semana, el estándar es muy similar al encontrado en la evaluación del programa del hospital de Kennedy con un (43.5%) de atención menor de un día y en el (45.2%) la atención se prestó antes de una semana.

En cuanto a la percepción de la educación recibida por parte de los profesionales a cargo del programa, se encontró que el (86.66%) de las gestantes recibió explicación acerca de la importancia del control prenatal, mientras en el Hospital de Kennedy se observó un promedio de (90.8%) de mujeres que recibieron esta inducción, por otra parte en la encuesta Nal de demografía y salud 2000 se observa que el (82.6%) tuvo una explicación al inicio del programa; es importante que el contenido de la atención prenatal sea también direccionado al auto cuidado y al reconocimiento de signos y síntomas de riesgo, por lo cual se hace necesario que los programas sigan manteniendo un alto componente educativo como el encontrado hasta el momento.

La percepción de calidad y satisfacción por parte de las usuarias es un punto clave para la evaluación de los programas de promoción y prevención en lo cual se encontró concordancia con otras fuentes consultadas; por su parte las asistentes al programa de la IPS mostraron una buena relación con el personal profesional del equipo (91.11%) también manifestaron tener una buena frecuencia en el número de citas y atención puntual, la mayoría de las gestantes mencionan que recomendarían a otras personas asistir a la IPS para recibir atención prenatal y en cuanto a la percepción general de satisfacción los resultados para la IPS son positivos en un 91.11% de los casos; el estudio realizado en el Hospital de Kennedy encontró un promedio del 99.4%. Es alentador encontrar que las usuarias de nuestros servicios se encuentran satisfechas y pudieron entablar una relación que posibilitó la comunicación; de igual manera es muy bueno encontrar que las gestantes se consideran dispuestas a regresar al servicio de la IPS en una próxima gestación.

Otro aspecto importante a tener en cuenta dentro de las condiciones de un buen servicio es el acceso de las gestantes a los servicios de salud, acceso no solo determinado por la distancia geográfica si no también por las limitaciones económicas, en este estudio observamos que la falta de dinero fue mencionada por las gestantes como barrera de acceso a los controles en un 4.44% de los casos, para el estudio mencionado anteriormente se encontró más elevada esta

proporción (14%), aunque se debe tener en cuenta que para nuestro estudio este factor aunque es importante no es definitivo ya que en algunos casos las maternas acceden al servicio desplazándose por sus propios medios (caminando) debido a lo corto de las distancias en esta ciudad.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud debe entender la importancia de su labor, por esta razón se deben estandarizar protocolos de evaluación y manejo educación continuada a los profesionales y optimización de los recursos con los que cuenta el programa, con el fin de propiciar la concientización de las pacientes en la toma de decisiones que favorezcan su salud.

Este objetivo es fundamental para el éxito de los programas de control prenatal y de las futuras madres. De igual modo, la embarazada bien capacitada sirve como multiplicadora de información a otras embarazadas que están sin control prenatal o con un control prenatal deficiente.

La atención integral asegura que puedan identificarse y controlarse los riesgos en forma oportuna atendiendo no sólo a las variables orgánicas ligadas a la función reproductiva, sino también considerando todas las variables psicosociales y socioculturales intrínsecas a la situación de una familia gestante, que eventualmente pueden constituir importantes factores de riesgo para la salud (13).

En cuanto a los factores de riesgo psicosociales se encontró que en las usuarias de la IPS existe alta frecuencia de unión libre, adolescencia y baja escolaridad. Lo anterior contrasta con los bajos niveles de evaluación de estos factores de riesgo según lo encontrado en los registros de la HC, Lo cual hace necesario implementar estrategias para la detección e intervención oportuna de este tipo de riesgos. Es importante iniciar intervenciones al respecto, conociendo que, para el país según la Ends 2000 estos factores de riesgo psicosociales se han asociados con mortalidad materna (14).

La elevada proporción de gestantes en edad adolescente (37,77%) hace necesario planear estrategias especiales para este grupo, teniendo en cuenta que su atención debe ser prioritaria debido a que este grupo de edad esta considerado

como de alto riesgo, de igual manera se deben implementar las acciones de seguimiento domiciliario, ya que no se están realizando en el momento en la IPS.

En cuanto a la identificación de signos de alarma por las usuarias se encontró que la mayoría de las personas encuestadas tenían conocimientos en los rangos considerados medio 36% y bajo 32%, En cuanto a la evaluación realizada en el hospital de Kennedy los resultados son muy similares , se observo que en un 38.3% los conocimientos se ubicaban en el rango medio y en un 23.4% los resultados fueron bajos; esto indica que deben iniciarse estrategias correctivas en estos aspectos.

Respecto a los conocimientos del POS-S y al enfoque de riesgo de las gestantes por parte de los profesionales a cargo del programa los resultados encontrados son: conocimientos altos 46.16%, medio 23.08% y nivel bajo 30.76%, el promedio es mas alto que el encontrado en el estudio de referencia donde se ubicaron en rango alto solo el 23.7% de los profesionales, en rango medio se encontró el 34.2% lo que indica que las estrategias implementadas con el sistema de calidad de la IPS han dado buenos resultados en cuanto a las capacitaciones del personal.(13)

En estudios posteriores, seria importante retomar IPS de primer nivel distribuidas en toda la ciudad con el fin de ampliar esta visión al sistema local, de igual manera vale la pena ampliar la población observada para replicar las observaciones realizadas y de ésta manera elaborar políticas regionales que permitan un mejoramiento continuo de la salud materna y perinatal del Municipio.

También debe realizarse una profundización en investigaciones encaminadas a comparar la atención prenatal con la morbi-mortalidad materna y perinatal de nuestra red local.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Con respecto al estándar esperado, se observó que el puntaje global de calidad en la estructura del programa se ubicó en un rango medio-aceptable, sin embargo al analizar cada uno de los componentes se observan deficiencias en calidad en cuanto a planta física y recursos humanos, se encontró calidad promedio en la gerencia - administración de la IPS y hubo un promedio de calidad alto en recursos materiales, suministros - registros, educación para la salud y normas y procedimientos.
- En cuanto al proceso evaluado a partir de las Historias clínicas se encontraron deficiencias en el registro de antecedentes, en los seguimientos domiciliarios a las gestantes, en el registro de la citología del último año, de igual manera la letra de las Historias no es legible.
- Se observa que no se está cumpliendo en su totalidad con la norma técnica en cuanto al diligenciamiento de la HC del programa de detección de alteraciones del embarazo.
- El análisis sociodemográfico de las usuarias mostró que un alto porcentaje de las gestantes asistentes a la IPS son adolescentes que se encuentran en Unión Libre, su grado de escolaridad en promedio es secundaria y en la actualidad se encuentran dedicadas al hogar, y las estrategias de inducción a la demanda no se encuentran direccionadas específicamente para este grupo de la población.
- Se encontró un buen promedio de captación al CPN durante el primer trimestre de gestación en las usuarias de la IPS; de igual manera se observó un buen resultado del programa en términos de satisfacción y percepción de calidad por parte de las usuarias.
- En el componente educativo de la IPS se encontró un buen promedio de capacitación en la consulta y aunque el curso psicoprofiláctico se encuentra estructurado, pocas personas acceden a este espacio informativo-educativo, por lo tanto se deben crear estrategias que permitan el acceso a todas las usuarias.
- Las estrategias de información, educación y comunicación cubren un gran porcentaje de la población gestante, pero deberían estar acompañadas de una buena estrategia para que el mensaje sea entendido e interiorizado.

- No se realiza seguimiento domiciliario a las gestantes de alto riesgo, debido a problemas logísticos y a la falta de recursos humanos, lo cual debería constituir una prioridad debido a que dicha visita esta contemplada dentro de la normatividad vigente y hace parte de los estándares de calidad.
- En los resultados obtenidos en cuanto al reconocimiento de signos de alarma por las usuarias, se encontraron deficiencias en cuanto al reconocimiento de salida de liquido, alteraciones visuales, dolor abdominal y fiebre, por lo tanto seria importante revisar los contenidos para hacerlos mas comprensibles a las usuarias.
- Con respecto al perfil de los profesionales a cargo del programa se encontró amplia experiencia y buen nivel de estudios en cuanto a seminarios, cursos y talleres, dicha orientación debería continuarse por medio de un buen programa de capacitación en temas relacionados al CPN.
- Los profesionales perciben que la institución cuenta con un buen nivel de suministros, pero consideran que hay deficiente área y poca planeación en el programa.
- La vinculación del personal médico en las actividades educativas diferentes a las realizadas en la consulta es muy baja, la mayoría de los profesionales coinciden en afirmar que no conocen el portafolio de servicios del programa de CPN de la institución.
- En cuanto a los conocimientos generales en torno al enfoque de riesgos de la gestante y el POS-S en los profesionales, se detectaron algunas deficiencias que deben ser corregidas por medio de capacitaciones al personal profesional que labora en el programa.

Con respecto a lo anterior, se recomienda:

- _ Mejorar la calidad en la estructura física disponible para la realización del programa o buscar la forma de reubicar los programas de P y P debido a que el espacio resulta muy pequeño y se incrementa la demanda en el servicio.
- _ El Recurso Humano de la IPS debe contar con promotores de salud, trabajadora social y/o psicóloga, de igual manera la institución podría realizar convenios o alianzas con las estrategias PAB del Municipio para mejorar la educación en salud de sus gestantes a nivel comunitario.

- _ Dentro de las actividades educativas se deben fortalecer las charlas sobre temas específicos en la sala de espera y el mejoramiento en la captación de gestantes al curso psicoprofiláctico.
- _ Se debe establecer el seguimiento domiciliario a las gestantes de alto riesgo por medio de un protocolo que clasifique los procedimientos y temas educativos que se deben contemplar con el fin de optimizar el cumplimiento de estas gestantes al CPN y la accesibilidad a los servicios brindados por la IPS. De igual manera se deben fijar indicadores de cumplimiento para dicha actividad.
- _ Se deben estandarizar criterios administrativos, asistenciales y de evaluación periódica del programa de CPN de la institución, con manejo de la información completa en cuanto a los índices de morbi-mortalidad materna y perinatal, los casos de Bajo peso al nacer, y las complicaciones maternas.
- _ Es importante continuar con los procesos de evaluación de Historias clínicas por parte del comité de la IPS, con el fin de continuar mejorando el registro de las actividades.
- _ Las estrategias educativas deben tener en cuenta el perfil sociodemográfico de las gestantes de la IPS con el fin de garantizar la comprensión de los contenidos de cada una de las jornadas informativas.
- _ Dentro del material escrito, sería bueno contar con folletos o volantes que contengan todos los signos de alarma que deben ser tenidos en cuenta por las gestantes.
- _ De igual manera es muy importante implementar un programa de educación en control prenatal para los profesionales a cargo del programa, reforzando en ellos la importancia de la evaluación sistemática de factores de riesgo psicosociales en las usuarias.
- _ Finalmente se debe diseñar e implementar un sistema periódico de evaluación de resultados del programa, con la participación de todos los actores de la atención prenatal de la IPS.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. Boletín epidemiológico Neiva, Mortalidad Materna en el Municipio de Neiva. Volumen 2, Numero 10, Febrero de 2005.
2. URREGO Mendoza y Colaboradores. Evaluación del Control prenatal en el Hospital de Kennedy primer nivel ese Bogota 1999-2000.
3. DOCUMENTACION PROYECTO GENYSI.
Paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/preven/perinata.htm.
4. MANUAL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD de la IPS Comfamiliar del Huila.
5. URIBE BOTERO Jaime y otros, Ginecología y obstetricia, texto integrado, Universidad de Antioquia, sexta edición, segunda parte , parto y gestación normales, atención prenatal.
6. COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 412/2000 Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo, Definición del programa de control prenatal.
7. MODELO PROPUESTO POR EL MINISTERIO PARA EL CONTROL MATERNO PERINATAL. www.minsa.gob.pe/dpspf/index2.htm.
8. OPS – OMS – SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE SANTAFE DE BOGOTA D.C., Metodología para la evaluación de condiciones de eficiencia en los servicios de ginecología y obstetricia. Primer nivel de atención 1997.Anexos.
9. SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE SALUD – UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Factores que determinan el impacto de los servicios de rehabilitación en Santa fe de Bogota D.C.;, 1998.Anexos.
10. OJEDA, ORDÓÑEZ, OCHOA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000. salud sexual y reproductiva en Colombia. Pro familia, Salud Materno infantil.
11. Perinatología Y REPRODUCCIÓN HUMANA V 16 No 1 México DF enero / marzo de 2002 <http://scielo-mx.bus.sr/scielo.php2pid>.

12. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe epidemiológico quincenal. Mortalidad materna. Vol 8, Numero 9, Bogota DC, 15 de mayo de 2003.

12. ANEXOS

Anexo A. Cronograma.

ACTIVIDAD	Nov 2004	Dic 2004	Ene 2005	Feb 2005	Mar 2005	Abr 2005	May 2005	Jun 2005	Jul 2005	Agos 2005	Sep 2005
Anteproyecto, revisión bibliográfica	X	X									
Formulación y delimitación del tema Marco Conceptual			X	X							
Justificación y Definición metodología.			X	X							
Plan de análisis					X	X					
Plan de recolección					X	X					
Trabajo de campo							X	X			
Análisis información									X	X	
Resultados y conclusiones									X	X	
Elaboración informe final.											X

Anexo B. Cuestionario para profesionales a cargo del programa de control prenatal

El propósito de este cuestionario es identificar algunos factores que determinan el impacto del programa de control prenatal, relacionados con los conocimientos y percepciones que Ud. posee sobre el proceso mismo de la atención brindada a las usuarias. Como Ud. es uno de los profesionales a cargo de éste programa, su opinión experta es esencial.

Por favor, diligencie el cuestionario que aparece a continuación completamente y con veracidad. **El cuestionario es anónimo y la información se utilizará para ayudar al mejoramiento de este programa.**

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

Marque con una "X" la letra correspondiente a la respuesta que Ud. elija para cada pregunta.

1. Su profesión es:
a) Médico. b) Enfermera.
2. Indique cuántos años de experiencia tiene en programas de control prenatal:
a) Menos de 2 años. c) De 5 hasta 10 años.
b) De 2 hasta 5 años. d) Más de 10 años.
3. Indique el número de años que lleva vinculado a la institución:
a) Menos de 2 años. c) De 5 hasta 10 años.
b) De 2 hasta 5 años. d) Más de 10 años.
4. ¿Ha realizado estudios de postgrado en áreas relacionadas con el control prenatal?
a) Ninguno c) Cursos, talleres, seminarios, congresos.
b) Diplomado. d) Especialización, maestría o doctorado.
5. ¿Considera que el área donde usted habitualmente desarrolla las actividades de control prenatal es adecuada en cuanto a privacidad, características físicas, orden y aseo?
a) Sí. b) No.
6. ¿Los equipos mínimos necesarios para brindar la atención de control prenatal se encuentran siempre disponibles y calibrados?
a) Sí. b) No.
7. ¿La papelería mínima necesaria para brindar la atención de control prenatal se encuentra siempre disponible en cantidad adecuada?
a) Sí. b) No.
8. Considera que la planeación y la organización del programa es adecuada?
a) Sí. b) No.
9. ¿Considera que hay deficiente planeación en algún proceso dentro del programa?
a) Sí. b) No.

10. Los procedimientos de evaluación, diagnóstico e intervención que Ud. utiliza con las usuarias de control prenatal corresponden a:
- Protocolos y guías integrales de atención del hospital.
 - Consensos formales publicados por otras entidades, basados en la literatura científica.
 - Decisiones individuales de cada profesional.
 - Otra estrategia Cuál? _____
11. En su sitio de trabajo, en promedio ¿cuántos minutos dura una consulta de atención prenatal? _____ minutos.
12. ¿Considera que el estándar de consultas / hora vigente en su sitio de trabajo es suficiente para la prestación de una atención prenatal con calidad?
- Sí.
 - No.
16. ¿ Conoce ud las actividades educativas que se realizan en la institución?
- Sí.
 - No.
13. ¿ Ha participado Ud de las actividades del curso psico-profiláctico?
- Sí.
 - No.
18. ¿ Realiza Ud una evaluación completa de los factores de riesgo psicosociales?
- Sí.
 - No.
19. ¿ Recibe, o conoce Ud los reportes de seguimiento domiciliario a las gestantes de alto riesgo?
- Sí.
 - No.
20. ¿Conoce Ud. el portafolio de servicios de control prenatal de la institución?.
- Sí.
 - No.

Las preguntas siguientes (de la 21 a la 26) deben ser respondidas de acuerdo con la matriz de actividades control prenatal contempladas para el POS-subsidiado.

21. ¿Cuántos controles por el médico debe tener una gestante de bajo riesgo durante su gestación?
- 1.
 - 5.
 - 3.
22. ¿Cuántos controles por enfermería se incluyen para una gestante de bajo riesgo durante su gestación?
- 7.
 - 5.
 - 6.
23. ¿Cuántas dosis de T.D. deben ser aplicadas a la gestante?
- 1 dosis.
 - 2 dosis.
 - 5 dosis
24. ¿Cuáles son los temas que deben ser incluidos en el curso psicoprofiláctico?
1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
25. ¿Cuáles son los paraclínicos incluidos en el paquete de control prenatal?
1. _____
 5. _____

- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

- 6. _____
- 7. _____

26. ¿Cuántas ecografías obstétricas están contempladas?

- a) 1
- b) 2.
- c) 3.
- d) 4.

Para las preguntas siguientes (de la 27 a la 31) debe responder de acuerdo con sus conocimientos generales en torno al enfoque de riesgo en las gestantes:

27. Marque el factor de riesgo que no se considera SEVERO O ELEVADO para una gestante en la primera mitad de su gestación:

- a) Desproporción entre la semana de amenorrea y altura uterina.
- b) Exposición a agentes teratogénicos.
- c) Isoinmunización durante el presente embarazo.
- d) Anemia demostrada por unos niveles de hemoglobina entre 9 y 11 gr.
- e) Necesidad de efectuar estudios de tipo genético.

28. De las siguientes, seleccione la opción que corresponda a un factor de riesgo MODERADO para una gestante en la primera mitad del embarazo:

- a) Infección urinaria que no haya cedido al tratamiento.
- b) Una prueba positiva para sífilis.
- c) Hiperemesis gravídica severa.
- d) Las opciones a y b son ciertas.
- e) Las opciones a, b y c son ciertas.

29. Durante la segunda mitad del embarazo, no se considera un factor de riesgo ELEVADO para una gestante:

- a) Embarazo de 41 semanas.
- b) Desproporción entre la amenorrea y la altura uterina.
- c) Enfermedad tromboembólica.
- d) Gestación múltiple.
- e) Sospecha de oligoamnios.

30. Se considera un factor de riesgo moderado para una gestante en la segunda mitad de su embarazo:

- a) Presentación fetal indeterminada.
- b) Presentación flotante 8 días antes del parto en primigestante.
- c) Necesidad de practicar estudios de madurez fetal.
- d) Las opciones a y c son ciertas.
- e) Todas las anteriores son ciertas.

31. ¿Cuál es el paraclínico de elección en nuestra IPS para estudiar una paciente gestante de primer trimestre que presenta una glicemia basal de 95 mg / dl?

- a) Un test de O'Sullivan entre la semana 24 y 28.
- b) Un test de O'Sullivan entre las semanas 28 y 32.
- c) Una prueba de tolerancia oral a la glucosa entre las semanas 24 y 28
- d) Una prueba de tolerancia oral a la glucosa entre las semanas 28 y 32.

Anexo C. Formulario para evaluación del proceso de control prenatal a partir de historias clínicas.

No. de historia clínica: _____

	SI	NO	N.A.
1. ¿Se encuentra registrada la edad de la paciente?	___	___	___
2. ¿Se encuentran registrados los antecedentes personales familiares, gineco-obstetricos y psicosociales?	___	___	___
3. ¿Están consignados los signos vitales en cada control?	___	___	___
4. ¿Está registrado el peso de la paciente en cada control?	___	___	___
5. ¿Está el registro de altura uterina en cada control?	___	___	___
6. ¿Se registró la posición fetal en paciente del tercer trim.?	___	___	___
7. ¿Se registró fetocardia en cada control del tercer trim.?	___	___	___
8. ¿ Se registraron en la H. clínica las actividades educativas realizadas?	___	___	___
9. ¿Se realizó citología vaginal a las pacientes que no se la realizaron en el último año?	___	___	___
10. ¿Está consignada la edad gestacional en cada control?	___	___	___
11. ¿Se puede obtener la información sobre los exámenes prenatales recomendados?	___	___	___
12. ¿Se solicitó el número de ecografías recomendado según edad gestacional?	___	___	___
13. ¿ Se registró en la H. Clínica el seguimiento domiciliario por auxiliar de enfermería o promotor a las gestante con factores de riesgo?	___	___	___
14. ¿Está registrado el diagnóstico obstétrico?	___	___	___
15. ¿Está definida por escrito la conducta con la paciente?	___	___	___
16. ¿Es la historia clínica legible en su totalidad?	___	___	___
17. ¿ La primera consulta de control se realizó en el primer trimestre de gestación?	___	___	___

Anexo D. Cuestionario de conocimientos y actitudes para usuarias del programa de control prenatal

El propósito de éste cuestionario es identificar algunos factores que determinan el impacto del programa de control prenatal. Como Ud. es usuaria de éste programa en nuestra IPS, su opinión es esencial.

El cuestionario es anónimo y la información se utilizará para ayudar al mejoramiento del programa. Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

1. Su edad en años cumplidos es: _____

Marque con una "X" la opción de respuesta que Ud. elija para cada pregunta.

2. Su estado civil es:

- | | |
|--------------|-----------------|
| a) Soltera. | d) Viuda. |
| b) Casada. | e) Unión libre. |
| c) Separada. | f) Divorciada. |

3. El último año de estudios que realizó fue:

- | | |
|----------------|-------------------|
| a) Ninguno. | d) Universitaria. |
| b) Primaria. | e) Técnica. |
| c) Secundaria. | f) Otro. |

4. Indique su ocupación actual (puede señalar más de una opción, cuando se aplique).

- | | |
|----------------|-------------------|
| a) Estudiante. | d) Desempleada. |
| b) Empleada. | e) Pensionada. |
| c) Hogar. | f) Independiente. |

5. ¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando empezó a asistir a control prenatal en este hospital?

- a) Menos de 1 mes a 3 meses.
- b) De 3 meses a 6 meses.
- c) De 6 meses a 9 meses.

6. ¿Cuánto tiempo esperó para que la atendieran en su primera cita de control prenatal, una vez se acercó a pedirla?

- a) Menos de 1 día.
- b) De 1 día a 1 semana.
- c) De 1 semana a 2 semanas.
- d) Más de 2 semanas.

7. ¿Quién le sugirió iniciar control prenatal en este punto de atención?.

- a) Ud. misma.
- b) Su madre o padre.
- c) Su esposo o compañero.
- d) Un hermano/a o familiar.
- e) Un amigo/a.
- f) Un trabajador de la salud.
- g) Otra persona.

8. ¿Con qué frecuencia ha faltado a las consultas y actividades programadas para su control prenatal?

- a) Nunca he faltado.
 - b) Menos de 3 veces.
 - c) Entre 3 y 5 veces.
 - d) Más de 5 veces.
9. ¿Por qué ha faltado a las consultas y actividades programadas para su control prenatal? (Puede marcar más de 1 opción).
- a) Falta de tiempo.
 - b) Falta de dinero.
 - c) Se siente incapacitada para desplazarse hasta el hospital.
 - d) Necesita compañía y no tiene quien la acompañe.
 - e) No le parecen importantes todas las actividades y selecciona a cuales ir.
 - f) Otra razón.
10. Cuando empezó su control prenatal ¿una enfermera o médico le explicó en qué iba a consistir éste y por qué era importante para Ud. y su hijo?
- a) Sí.
 - b) No.
11. En cada consulta, ¿el médico o enfermera le explican la importancia y significado de los exámenes, y procedimientos que se le realizan?
- a) Sí.
 - b) No.
12. Como parte del programa de control prenatal, ¿una persona del centro de salud ha visitado su casa?
- a) Sí.
 - b) No.
13. ¿Le han entregado información por escrito sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados?
- a) Sí.
 - b) No.
14. ¿Le han informado mediante charlas o talleres sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados?
- a) Sí.
 - b) No.
15. ¿Le han programado citas para asistir a un curso psicoprofiláctico?
- a) Sí.
 - b) No.
16. ¿En general, la han atendido puntualmente?
- a) Sí.
 - b) No.
17. ¿Considera que la frecuencia con que le programan sus citas con el médico o enfermeras es suficiente?
- a) Sí.
 - b) No.
18. ¿Cree Ud. que el programa de control prenatal que le han ofrecido en la IPS mejoró la calidad de su embarazo actual?
- a) Sí.
 - b) No.
19. ¿En un embarazo posterior, acudiría Ud. a control prenatal nuevamente en ésta institución?
- a) Sí.
 - b) No.
20. ¿Si en un futuro una persona cercana a Ud. necesitara los servicios de un programa de control prenatal, le recomendaría venir a este hospital?
- a) Sí.
 - b) No.

21. La relación con los médicos y enfermeras que lo atendieron fue:
a) Buena. b) Regular. c) Mala.
22. En general ¿Está satisfecha con la atención recibida en control prenatal?
a) Sí. b) No.
23. ¿Cuánto tiempo lleva asistiendo al programa de control prenatal en esta institución?
a) De 1 mes a 3 meses.
b) De 3 meses a 6 meses.
c) De 6 meses a 9 meses.

A continuación, Ud. encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con su embarazo.

Si considera que lo que allí se dice es falso, marque una "X" en la línea colocada frente a la letra F. Si considera que lo que allí se dice es cierto, marque una "X" en la línea colocada frente a la letra V.

24. Si Ud. presenta salida de líquido por la vagina, debe acudir de inmediato al centro médico más cercano. **V**____ **F**____
25. La inflamación de la cara o los dedos es una situación normal del embarazo que no necesita ser consultada de inmediato al médico o enfermera. **V**____ **F**____
26. Solamente se debe acudir de inmediato al centro de salud más cercano cuando hay hemorragia vaginal, si esta ocurre en cantidad abundante.
V____ **F**____
27. El vómito abundante y continuo es una reacción normal ante el embarazo y no amerita que se consulte de inmediato al centro médico. **V**____ **F**____
28. El dolor de cabeza continuo e intenso suele ser normal en algunas mujeres embarazadas, no es necesario consultar de inmediato cuando se presente.
V____ **F**____
29. Si Ud. presenta visión borrosa o "ve puntos brillantes" debe consultar rápidamente al centro médico. **V**____ **F**____
30. El "dolor de estómago" suele ser normal en muchas embarazadas, no es necesario consultar rápidamente al médico o enfermera cuando se presente.
V____ **F**____
31. Los escalofríos y la fiebre son signos de alarma en una embarazada que deben hacerla consultar de inmediato al centro médico. **V**____ **F**____

Anexo E. Formulario para evaluación de estructura programa control prenatal

I. PLANTA FÍSICA

No	ITEM	P-E	SI	NO	NA
1.	Los consultorios para control prenatal están en el primer piso.	15			
2.	Todos los consultorios son para atención individual.	10			
3.	Los consultorios son generales y separados por cubículos.	5			
4.	Cada consultorio tiene como mínimo una superficie de 9 mts ² .	10			
5.	La sala de espera cuenta con asientos y espacio para la consulta promedio esperada.	10			
6.	Existe un ambiente disponible con ropa para vestuario de la consultante.	10			
7.	Existe local o salas para las reuniones de educación en salud y otras actividades grupales.	10			
8.	Existe vestuario y sala de descanso para el personal de salud.	10			
9.	Se cuenta con servicios sanitarios por cada 20 miembros del personal.	10			
10.	La circulación del personal es independiente de la del público.	10			
11.	La iluminación es suficiente para las actividades diurnas corrientes y existe disponibilidad de luz eléctrica.	5			
12.	Los pisos y paredes de los consultorios son lavables.	5			
13.	Existe baño en cada consultorio (lavamanos y sanitario)	10			
14.	Un baño por cada dos consultorios.	10			
15.	Un baño por cada tres consultorios.	5			
16.	Existe un baño público contigo a la sala de espera.	10.			

17	Existe un sistema adecuado de aireación ambiental.	10.			
18	Tiene camas o camillas asignadas para observación de pacientes de alto riesgo mientras son trasladadas.	15			
19	Existe espacio específico para curso de preparación para la maternidad.	10			
	SUBTOTAL	180			

II. RECURSOS MATERIALES

No.	Cada consultorio para control prenatal posee:	P-E	SI	NO	NA
20	Camilla ginecológica con escalerilla, lámpara y mesa de curaciones.	10			
21	Un escritorio con dos sillas.	10			
22	Balanza de pie.	10			
23	Tensiómetro y fonendoscopio.	10			
24	Estetoscopio de Pinnard y cinta métrica u obstétrica, gestograma.	10			
25	Equipo de órganos de los sentidos. Pilas.	10			
26	Espéculos de diferentes tamaños y pinzas de curación.	10			
27	Recipientes con gasa, algodón, apósito, aceite.	10.			
28	Guantes esterilizados para uso individual.	10			
29	Soluciones antisépticas y yodadas.	5			
30	Recipiente para desechos con tapa.	5			
31.	Material didáctico para los usos específicos de la consulta.	10			
32	Material esterilizado para uso en la consulta.	10			
33.	El sitio de atención cuenta con Doppler:	10			
34.	Monitor fetal	15			
35	Ecógrafo	15			
	SUBTOTAL	160			

III. RECURSOS HUMANOS

No.		P-E	SI	NO	NA
36	Existe un coordinador general del programa de control prenatal en la unidad.	10			
37	Dedica 8 horas diarias a la coordinación.	15			
38.	Dedica menos de 8 horas diarias a la coordinación.	5			
39	Los médicos y enfermeras que atienden la consulta prenatal tienen capacitación específica en el área.	10			
40	Existen 4 horas diarias de consulta prenatal disponible por cada 10.000 habitantes.	10			
41	Existe 2 horas diarias de consulta prenatal disponibles por 20.000 habitantes.	5			
42	Existe 1 enfermera jefe para la consulta de control prenatal.	10			
43	La auxiliar de enfermería realiza las consultas a gestantes y puérperas de bajo riesgo.	5			
44	Existe una auxiliar de enfermería por cada 8 horas de funcionamiento por consultorio para control prenatal.	10			
45	Existe una auxiliar de enfermería por cada 8 horas de funcionamiento por cada 2 consultorios.	5			
46	Existe un trabajador social.	10			
47	Existe un promotor de saneamiento por cada 10.000 habitantes.	10			
48	Se cuenta con el apoyo de otras instituciones para la educación en salud.	10			
49	Hay parteras tradicionales que laboran en el área de influencia de la unidad, reconocidas en la institución.	15			
50	Hay un promotor de salud en la unidad y apoya el programa de control prenatal.	15			
51	Existe un programa de odontología para atención preventiva y curativa.	10			

	SUBTOTAL	150			
--	----------	-----	--	--	--

IV. SUMINISTROS Y SERVICIOS DE APOYO

No.		P-E	SI	NO	NA
52	Dispone de medicamentos esenciales para la atención de la salud de la mujer gestante de acuerdo con el perfil epidemiológico de la localidad.	10			
53	Dispone de toxoide tetánico conservado de acuerdo con las normas.	15			
54	Dispone de diferentes tipos de anticonceptivos para sugerir en la consulta de puerperio.	15			
55	Dispone de material de curación: jeringa, gasa, algodón, esparadrapo, guantes, solución desinfectante.	10			
56	Tiene regularmente ropa limpia o material desechable: sabanas, batas de pacientes.	10			
57	Dispone constantemente de material de limpieza e higiene.	10			
58	Cuenta con adecuado material logístico y de papelería (cosedora, etc)	10			
59	Dispone regularmente la papelería necesaria para el funcionamiento del programa (registros, carné materno, formatos historias, etc.)	15			
60	Dispone de material educativo audiovisual o impreso, colchonetas, grabadora.	10			
61	En los últimos 3 meses estos suministros han estado disponibles	15			
62	La institución puede realizar exámenes de:				
63	Rayos X durante 24 horas/día y elementos de protección para la gestante.	15			
64	Rayos X sólo para la atención diurna y tiene elementos de protección para la gestante.	10			
65	Ecografía las 24 horas.	15			

66	Ecografía diurna.	10.			
	El laboratorio puede realizar a las pacientes de control prenatal exámenes de:				
67	Parcial de orina.	10			
68	Cuadro hemático.	10			
69	Serología.	10			
70	Hemoclasificación.	10			
71	Glicemia	10			
72	Electrolitos	10			
73	BUN.	10			
74	Creatinina.	10			
75	Prueba de embarazo	10			
76	Frotis de flujo.	10			
77	Toxoplasma,tp,tpt,cultivos, hemocultivos, proteína C reactiva.	15			
78	Los exámenes de laboratorio se realizan las 24 horas.	15			
	SUBTOTAL	300			

V. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

No.		P-E	SÍ	NO	NA
	Se realiza a toda mujer que asiste a control prenatal:				
79	Actividades de educación en salud en cada consulta prenatal por todo el personal, incluido el médico.	10			
80	Educación programada con temas específicos en la sala de espera.	10			
81	Otra clase de educación en salud programada. Ej. Escuela de padres.	10			
82	Educación para hacer auto examen de mamas.	10			
83	Educación para el uso de diversos anticonceptivos.	10			

84	Educación para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.	10			
85	Educación sobre importancia de detección de cáncer ginecológico.	10			
86	Educación sobre la importancia de la lactancia materna.	10			
87	Educación sobre cuidados con las mamas y preparación de pezones.	10			
88	Educación sobre importancia del control prenatal.	10			
89	Educación sobre importancia del control pos-parto.	10			
90	Educación nutricional.	10			
91	Educación sobre importancia del control de crecimiento y desarrollo del niño.	10			
92	Educación sobre autoestima - autocuidado.	10			
93	Educación para prevención del maltrato infantil.	10			
94	Educación para prevención de violencia intrafamiliar.	10			
95	Educación sobre importancia del registro civil del recién nacido.	10			
96	Educación sobre importancia de la aplicación del toxoide tetánico.	10			
97	Educación sobre la importancia de la aplicación de vacunas del PAI al niño.	10			
	SUBTOTAL	190			

VI: NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

No.		P-E	SI	NO	NA
	Se dispone de normas escritas de atención materna y éstas incluyen:	5			
98	Inscripción y apertura de historia clínica y carné materno.	5			
99	Examen clínico general.	5			
100	Examen obstétrico	5			
101	Exámenes básicos de laboratorio	5			
102	Valoración del riesgo materno - fetal.	5			
103	Toma de frotis vaginal	5			
104	Educación en salud.	5			
105	Examen de mamas.	5			
106	Aplicación del toxoide tetánico.	5			
107	Citas de acuerdo con factores de riesgo materno - fetal.	10			
108	Normas para el diagnóstico y tratamiento de las patologías gineco-obstétricos	10			
	Las normas estipulan que en cada consulta a la gestante se determine y se registre en la historia clínica y en el carné materno:				
109	Peso	5			
110	Altura uterina	5			
111	Tensión Arterial.	5			
112	Posición fetal	5			
113	Frecuencia cardiaca fetal	5			
114	Educación en salud	5			
115	Identificación precoz de complicaciones	5			
116	Control cualitativo de albúmina	5			
117	Edad gestacional	5			
118	Ecografía para edad gestacional	5			

119	Se realiza seguimiento domiciliario a ñas gestantes con factores de riesgo por la auxiliar de enfermería, promotor de salud o partera tradicional.	10			
	Se dispone de normas escritas para el control de purpúreas y éstas incluyen:				
120	Examen clínico general.	5			
121	Valoración de riesgo reproductivo.	5			
122	Prescripción de métodos de planificación familiar de acuerdo con el riesgo reproductivo, cuando sean solicitados.	5			
123	Educación en salud.	5			
124	Citas para control y venta de anticonceptivos.	5			
125	Normas para identificación de complicaciones.	5			
	Los servicios que intervienen en el programa de control prenatal cuentan con:				
126	Normas para exámenes y tratamientos odontológicos a la gestante.	10			
127	Horario diario para vacunación de gestantes, o al menos cuando hay programada consulta prenatal.	10			
128	Normas escritas para la toma de muestras de sangre, orina, esputo, frotis, etc.	10			
129	Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio.	10			
130	Registro de cumplimiento e inasistencia a las citas programadas para gestantes y purperas.	10			
131	Coordinación entre parteras tradicionales, promotores de salud y voluntarios de salud para realizar seguimiento domiciliario tendiente a optimizar el cumplimiento de las citas programadas.	10			
132	Normas escritas que expliciten que el primero y el último control de la gestante de bajo riesgo se realicen por médico.	10			
133	Normas y procedimientos que permitan que toda puérpera, especialmente de parto domiciliario, asista a control en consulta ambulatoria.	10			
134	Normas para actividades de educación individual y en grupos en la consulta externa.	10			

135	Normas para actividades de atención ginecológica integradas al programa materno-infantil.	10			
136	Normas para actividades de detección precoz del Ca. de cérvix integradas al programa materno infantil.	10			
	SUBTOTAL	260			

VII. GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN

No.		P-E	SI	NO	NA
137.	El rendimiento de las horas médicas coincide con la norma (3 consultas / hora)	10			
138.	Está sistematizado el seguimiento de la consulta ambulatoria de las egresadas de maternidad, en especial las de alto riesgo.	10			
139.	Las directivas de la unidad cuentan con una programación de actividades para gestantes y puérperas por escrito, con metas cuantificables.	10			
140.	La programación se ha basado en anteriores estudios epidemiológicos.	10			
141	Las directivas de la unidad disponen de datos sobre población de gestantes y/o posibles usuarias del programa de control prenatal del área de influencia.	10			
142.	Las directivas de la unidad disponen de los índices de mortalidad materna, perinatal, bajo peso, abortos y partos domiciliarios en su área de influencia.	10			
143.	Las directivas de la unidad disponen de información sobre edad del embarazo al momento de la inscripción de las gestantes atendidas.	10			
	El personal de la unidad ha participado en la programación de las actividades del programa.	10			
144.	Se realizan evaluaciones periódicas del programa.	10			
145	Los informes estadísticos mensuales sobre el programa son analizados por el director y el personal de las unidades.	10			
146	El personal del programa participa en el estudio de casos y/o comité de mortalidad materna.	10			

147.	El personal del programa en la unidad recibe informe escrito de las visitas técnicas realizadas por el nivel local o distrital.	10.			
148.	Se realizan reuniones de coordinación con el nivel directivo del programa en el hospital, al menos mensualmente.	10			
149.	En el último año se ha observado un aumento de la demanda por gestantes y puerperas en la unidad.	10			
150.	La atención se ofrece mediante citas programadas.	10			
151.	Las directivas de la unidad planean las vacaciones del personal del programa.	10			
152.	Se suplen las ausencias del personal por vacaciones o enfermedad.	10			
153.	Las directivas de la unidad o del hospital tienen establecidos estímulos para el personal del programa, por ejemplo, capacitación.	10			
154.	Hay interés de las directivas de la unidad y el hospital en el registro cuidadoso.	10			
155.	Se está llevando un sistema de referencia a otros niveles de complejidad.	10			
156.	Se está llevando un sistema de contrareferencia.	10			
157.	Las directivas del personal del hospital conocen las políticas y objetivos del programa de control prenatal y materno-infantil.	10			
158.	Existen mecanismos de liquidación por cada servicio o actividad prestada.	10			
159.	La unidad cuenta con un portafolio de servicios del programa.	15			
160.	Prestan servicios de PAB	15			
161.	Prestan servicios de POS	15			
162.	Prestan servicios de POS-S	15			
163.	Prestan servicios de planes complementarios.	15			
164.	Cuentan con un sistema electrónico para manejo de la información del programa	15			

165	Está organizado y funciona el comité de mortalidad materna e infantil.	15			
166	Se realiza periódicamente auditoría médica.	15			
	SUBTOTAL	350			